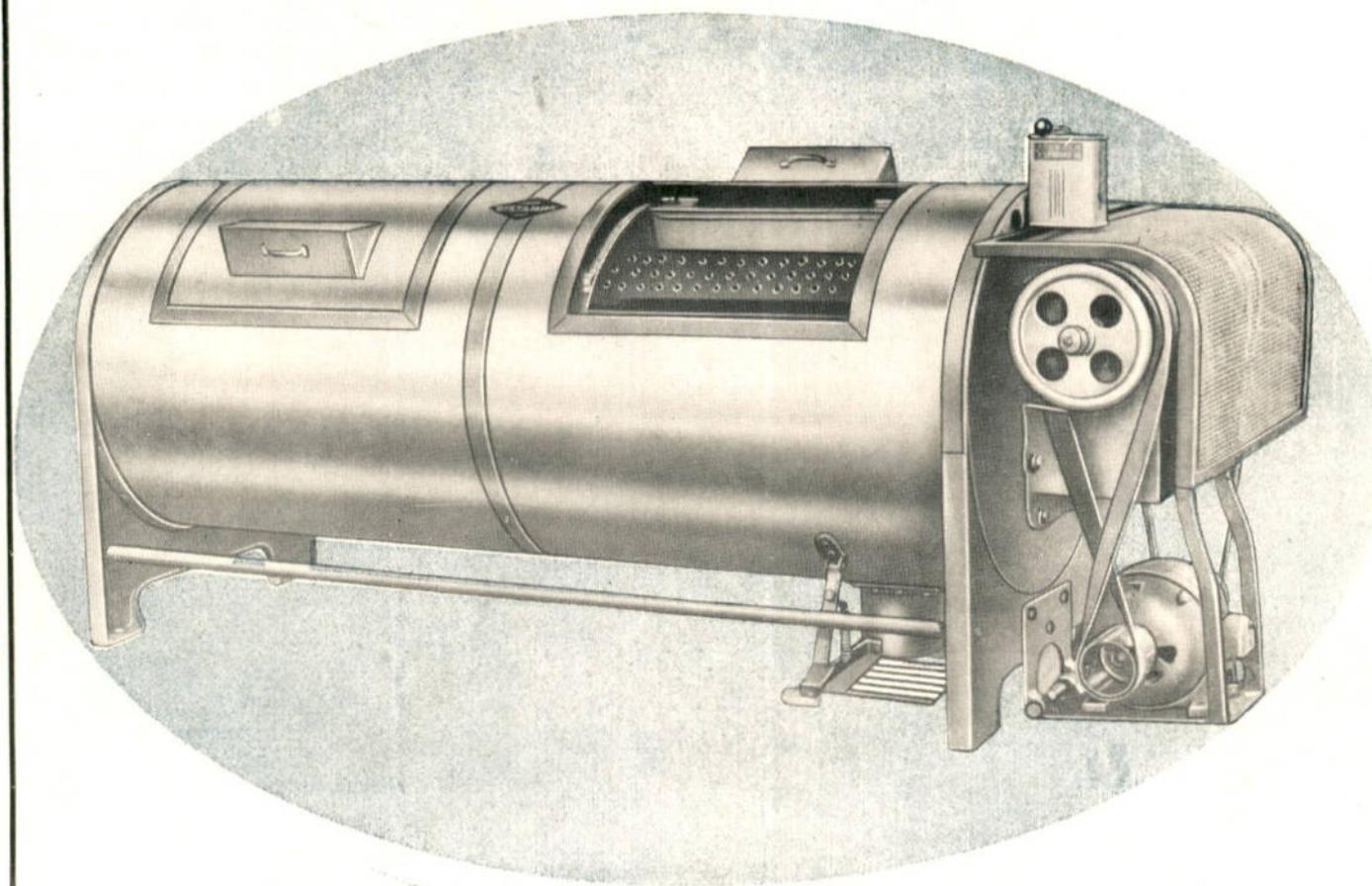


# IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares



## hospital de hoje



**FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES**

Máquinas de lavar, Extratores, Centrífugas, Secadores rotativos, Calandras e Acessórios

*Castanho & Filhos S/A*  
COMERCIO E INDÚSTRIA

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

REPRESENTANTES:

BELEM — Miranda & Cia. — Travessa Campos Sales, 101 — fone: 4-827

BELO HORIZONTE — Emilio Gaissler & Cia. Ltda. — Rua Curitiba, 767 — fone: 2-3049

BLUMENAU — Emil A. E. Kammer — Rua 15 de Novembro, 1.360 (Fundos) — fone: 1686 (Casa Nobis)

CURITIBA — Comércio e Representações Cunha Ltda. — R. Mons. Celso, 211 — conj. 602/3 — fone: 4-8443

FORTALEZA — Lima & Albuquerque — Rua Barão de Rio Branco, 910/14 — fone: 1-3430

PORTO ALEGRE — Ary Vicente Boller — Rua Pinto Bandeira, 350 — 1.º — s/5 — fone: 6-676

RECIFE — Sombra, Pinto Ltda. — Edifício Tebas — 6.º andar

RIO GRANDE — A. A. Asti — Rua Riachuelo, 197 — fone: 738

RIO DE JANEIRO — Alfredo Rodrigues Ferraz — Rua México, 119 — Gr. 1809 — fones: 42-5529 e 47-3835

SALVADOR — Gastão Sampaio — Rua Miguel Calmon, 37 — 8.º — s/81 — fone: 1-704

VITÓRIA — Conrado de Oliveira Neves — Rua Saturnino de Brito, 829



ILUMINAÇÃO  
CIRÚRGICA

**EXIGE...**

- ILUMINAÇÃO INTENSA NA SUPERFÍCIE E EM PROFUNDIDADE
- AUSÊNCIA DE SOMBRA
- LUZ FRIA OBTIDA POR MEIO DE VIDRO ATÉRNAL
- ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O "SCIALYTIQUE" B.B.T., inventado pelo Professor **VERAIN**, e permanentemente adaptado às necessidades das novas técnicas cirúrgicas, satisfaz tôdas essas condições. Os últimos aperfeiçoamentos introduzidos, colocam-no na dianteira, indiscutivelmente sobre todos os demais aparelhos de iluminação cirúrgica.



*Scialytique*

**BBT**

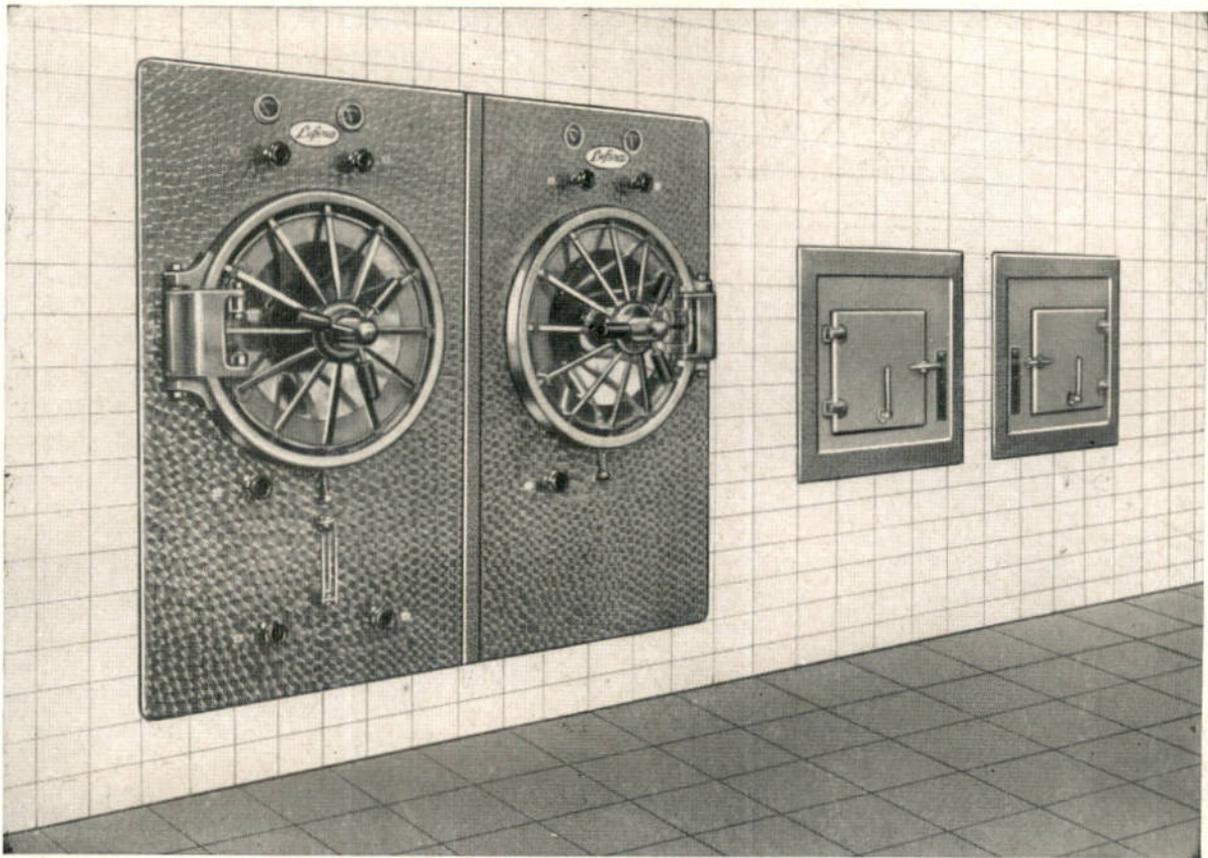
MAIS DE 30.000 APARELHOS EM SERVIÇO NO MUNDO INTEIRO

ÚNICOS FABRICANTES LICENCIADOS  
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS NO BRASIL

**MICRONAL**

**SOCIEDADE NACIONAL DE TÉCNICA E PRECISÃO LTDA.**

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



Conjunto Central de Esterilização LUFERGO modelo .....  
Estufas c/ recirculação de ar de acôrdo c/ normas do IPH.  
Autoclaves construídas de acôrdo com as normas do I.P.H.

FRONTAIS DE AÇO INOXIDÁVEL ESCAMADOS  
TIPO DE EMBUTIR NA PAREDE C/ ESPELHOS

**REPRESENTAÇÕES EXCLUSIVAS:**

aparelhos de raios-X - acessórios  
de raios-X e bomba de cobalto

SMIT RÖNTGEN APPARATENFABRIEK, LEIDEN — HOLANDA

aparelhos de anestesia - gases anestésicos - ressuscitadores -  
tendas para exigênio - incubadoras - aparelhos de oxigênioterapia  
- instalações centrais de oxigênio - mesas cirúrgicas - lâmpadas de cirurgia.

OHIO CHEMICAL & MFG CO.  
AMERICAN STERILIZER CO.  
AIRCO COMPANY

aparelhos científicos para  
bacteriologia - biologia, etc.

CENTRAL SCIENTIFIC COMPANY

eletrocardiógrafos

BECK-LEE CORPORATION

microscópios para medicina, pesquisas científicas,  
paralização, metalurgia, micro-fotografia, etc.

COOKE, TROUGHTON & SIMMS

**FABRICAÇÃO PRÓPRIA:**

EQUIPAMENTO HOSPITALAR E PARA LABORATÓRIOS LUFERGO  
autoclaves retangulares, horizontais, cilíndricas e verticais para  
hospitais e laboratórios - estufas para cultura e esterilização  
destiladores para água - fornos pasteurs - banhos maria -  
centrifugadores - instalações completas de laboratórios químicos.

**CATÁLOGOS COMPLETOS:**

móveis assépticos LUFERGO

instrumentos cirúrgicos Ricard

aparelhos de laboratório e reagentes

# LUTZ FERRANDO

## ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

SÃO PAULO: Rua Direita, 33 — Tel. — 37-7147

RIO DE JANEIRO: Rua do Ouvidor, 88

RECIFE: Rua da Imperatriz, 14

FÁBRICA: Rua Madre de Deus, 809 — Fone 9-9412

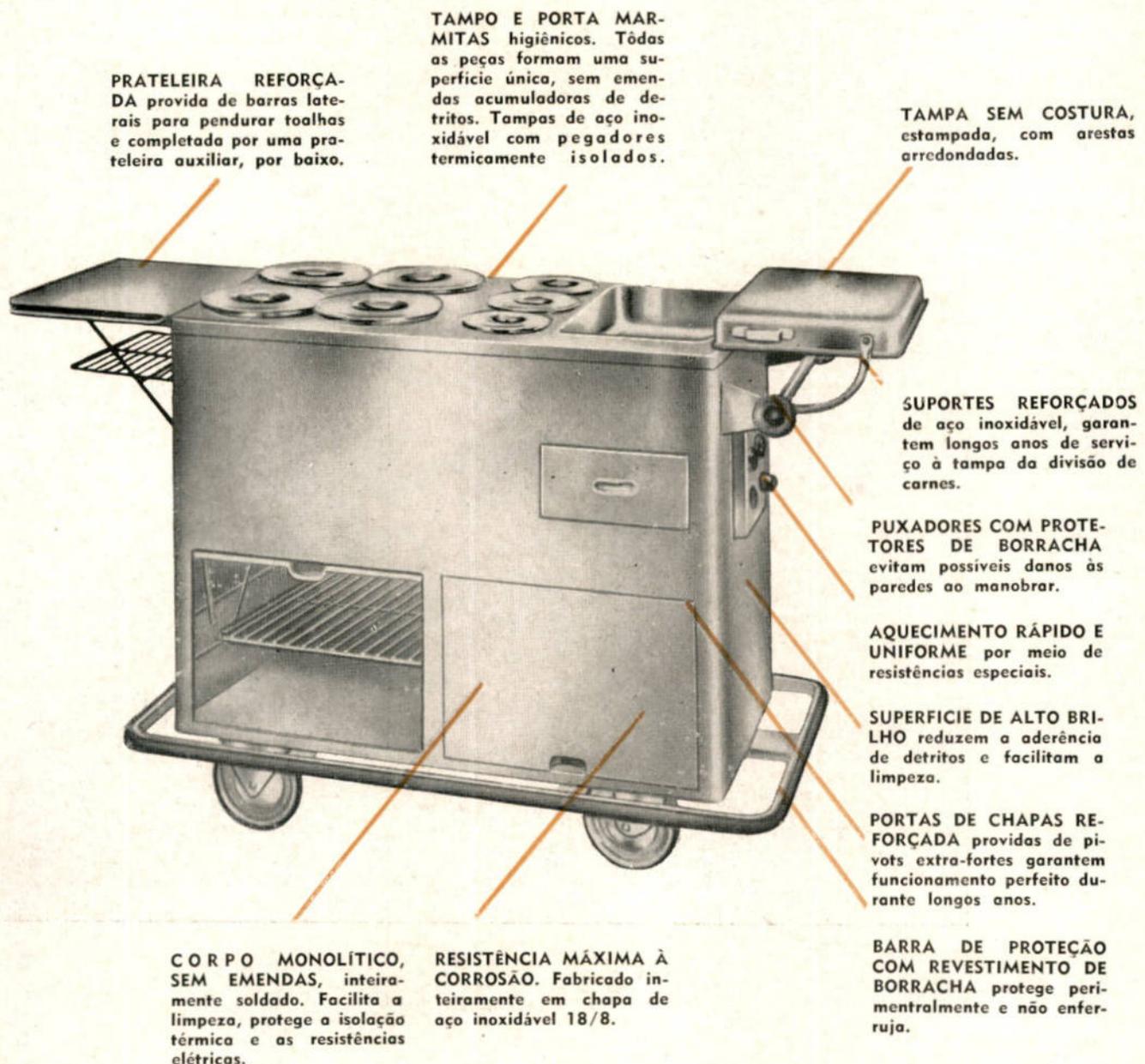
PÓRTO ALEGRE: Rua General Vitorino, 298

BELÉM: Praça da República, 5

# I M E C

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

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



**PRATELEIRA REFORÇADA** provida de barras laterais para pendurar toalhas e completada por uma prateleira auxiliar, por baixo.

**TAMPO E PORTA MARMITAS** higiênicos. Todas as peças formam uma superfície única, sem emendas acumuladoras de detritos. Tampas de aço inoxidável com pegadores termicamente isolados.

**TAMPA SEM COSTURA**, estampada, com arestas arredondadas.

**SUPORTES REFORÇADOS** de aço inoxidável, garantem longos anos de serviço à tampa da divisão de carnes.

**PUXADORES COM PROTETORES DE BORRACHA** evitam possíveis danos às paredes ao manobrar.

**AQUECIMENTO RÁPIDO E UNIFORME** por meio de resistências especiais.

**SUPERFÍCIE DE ALTO BRILHO** reduzem a aderência de detritos e facilitam a limpeza.

**PORTAS DE CHAPAS REFORÇADA** providas de pivots extra-fortes garantem funcionamento perfeito durante longos anos.

**CORPO MONOLÍTICO, SEM EMENDAS**, inteiramente soldado. Facilita a limpeza, protege a isolamento térmica e as resistências elétricas.

**RESISTÊNCIA MÁXIMA À CORROSÃO**. Fabricado inteiramente em chapa de aço inoxidável 18/8.

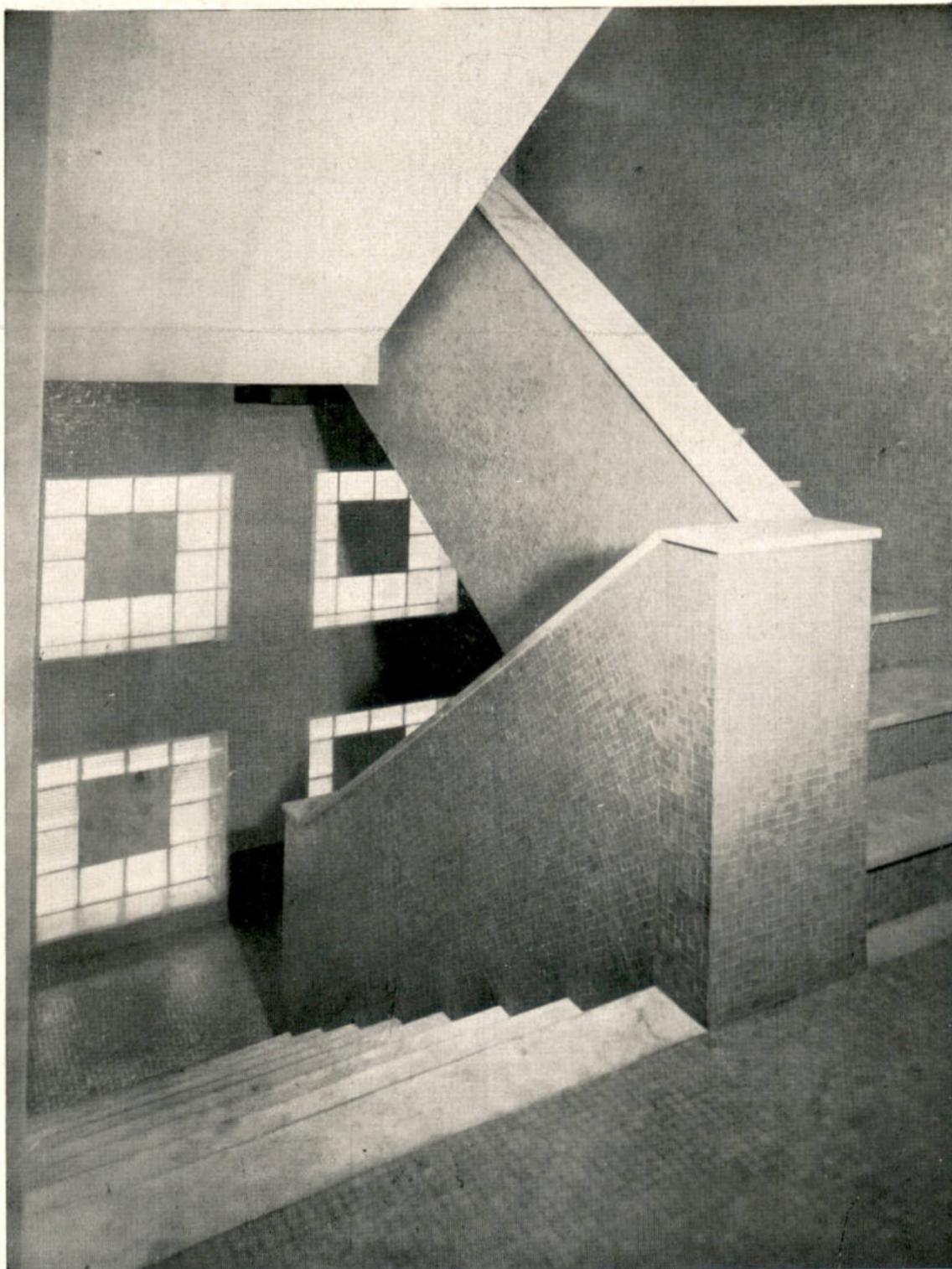
**BARRA DE PROTEÇÃO COM REVESTIMENTO DE BORRACHA** protege perimetricamente e não enferruja.

EM EXPOSIÇÃO

## INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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

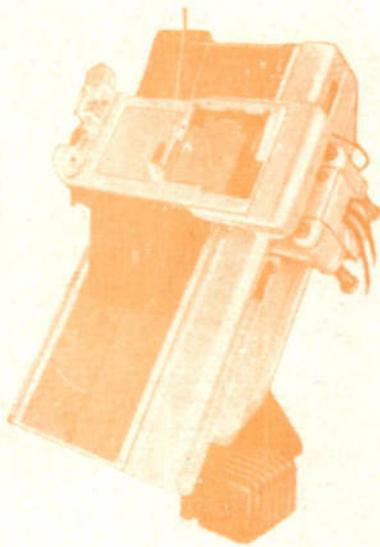
Com a finalidade da obtenção de um material altamente decorativo que, além de estética, tivesse em consideração também as finalidades higiênicas e a vantagem econômica de nunca mais ter que dispendir para manutenção destas partes do edifício, sujeitas normalmente a manchas e estragos, todos os lambris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



## **MOSAICO VIDROSO**

# **“VIDROTIL”**

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



**SIEMENS**

*Tradição de qualidade*

**APARELHOS DE RAIOS-X:**

de Diagnósticos e Terapia.

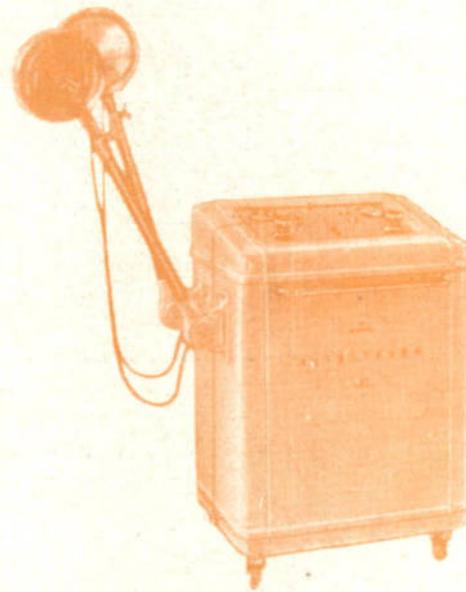
**APARELHOS DE FISIOTERAPIA:**

Ondas curtas Ultrasson, Bisturi elétrico, Eletrocardiógrafos, Eletroterapia, Eletrochoque, Ultra-Violetas, Infra-Vermelhos, etc.

**EQUIPAMENTO CIRÚRGICO:**

Instrumental — Esterilização — Mesas — Lâmpadas de operação — Aparelhos de anestesia — Incubadoras — Tendas de oxigênio — Móveis assépticos, etc.

**TODO EQUIPAMENTO HOSPITALAR!  
GABINETES DENTÁRIOS!**



**CASA LOHNER S. A.**

MÉDICO-TÉCNICA

Rua São Bento, 220 — Fone: 33-2175

Telegr.: "Renol" — São Paulo

**Matriz:** Rio — Av. Rio Branco, 133

**Filiais e Agências:** São Paulo, Londrina,

Presidente Prudente, Baurú, Ribeirão

Prêto, Uberaba, Goiânia, Pôrto Alegre,

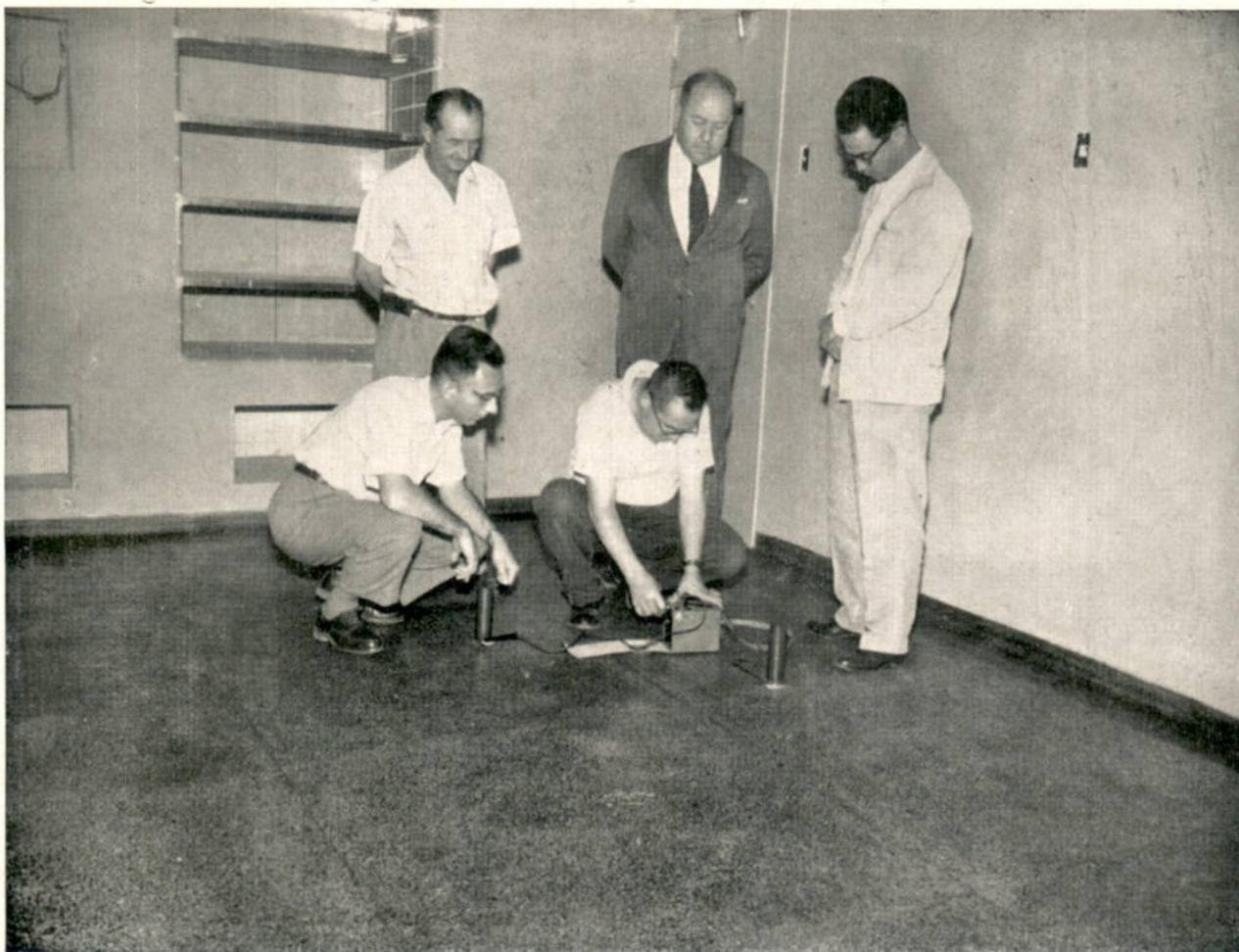
Blumenau, Curitiba, Belo Horizonte,

Varginha, Vitória, Salvador, Maceió,

Recife, Fortaleza, São Luiz, Belém e

Manáus.

TÉCNICOS ESPECIALISADOS CONTROLAM A **PERFEITA CONDUTIVIDADE** DOS PISOS NAS SALAS DE OPERAÇÃO DO **HOSPITAL SÃO DOMINGOS** EM UBERABA — EXECUÇÃO DE



**L  
A  
G  
R  
A  
R  
T  
S  
A**

LAVAPÉS  
4 2 6 - 4 4 4  
S. PAULO  
3 6 - 4 5 2 8



o colchão ideal para  
C A M A S F O W L E R  
comprovado por vários  
H O S P I T A I S :

HOSPITAL STA. HELENA — GOIANIA  
FAC. MEDICINA — RIBEIRÃO PRETO  
MATERNIDADE SÃO PAULO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

F Á B R I C A : Rua Clélia 1619 a 1631 — Cx. Postal, 3350 — End. Tel.: Lancellotti

V E N D A S : Rua 24 de Maio, 276 — 7.º andar — s/76 — Tel. 34-9380 - 36-1641

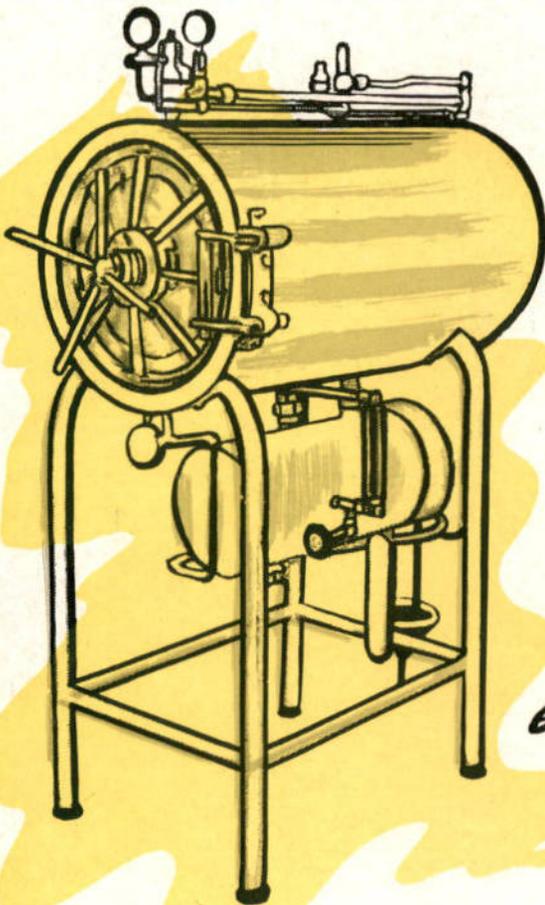
EXPOSIÇÃO: Praça da República, 190 — Tel. 34-2278 — São Paulo

# Autoclaves

**IBACLI**



... o sucesso  
deperde da  
consciência... e a  
"consciência"  
está na  
esterilização.



*Eficiência  
e Segurança*

**IBACLI S.A.**

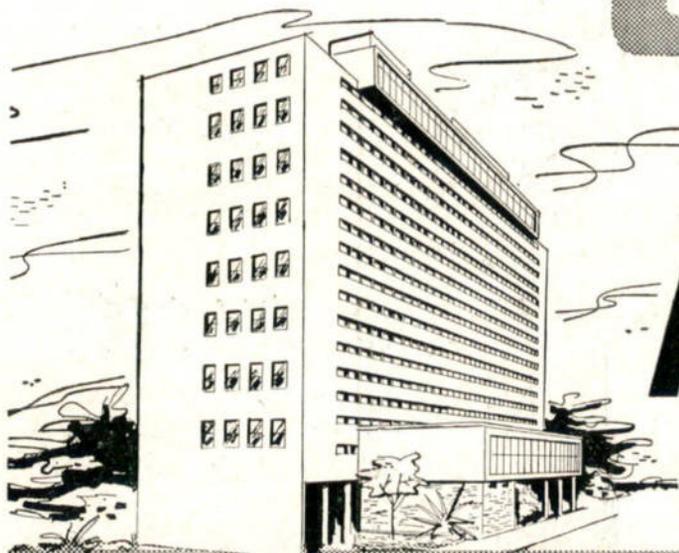
INDÚSTRIA E COMÉRCIO

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE APARELHOS CIENTÍFICOS

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

Representada em

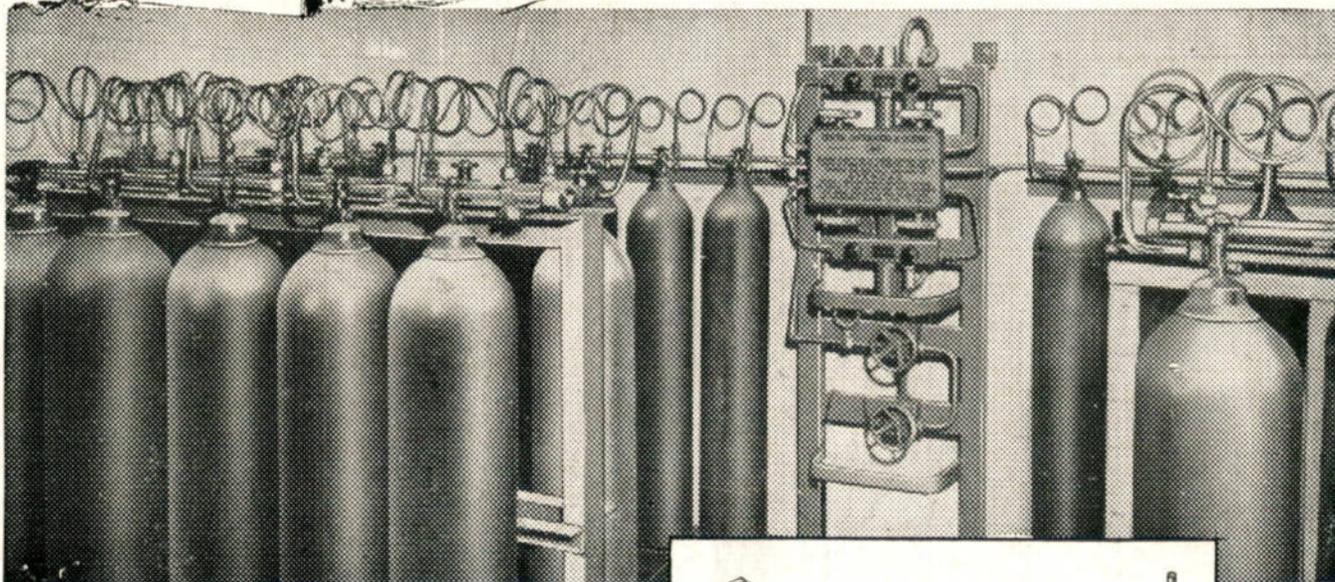
**39** PAÍSES  
DO MUNDO



**AGA**

presta inestimáveis  
serviços no  
salvamento  
de preciosas  
vidas humanas.

CENTRAIS E EQUIPAMENTOS DISTRIBUIDORES  
DE OXIGÊNIO - OXIDONITROSO - VÁCUO



CENTRAL AGA - de 60 tubos com 110 tomadas, instalada no Hospital do Combate ao Câncer - São Paulo

Contribuindo para melhor eficiência dos serviços hospitalares, através do rápido e contínuo suprimento de gases medicinais em todos os quartos, a AGA tem instalado centrais e equipamentos distribuidores de oxigênio, oxidonitroso e vácuo nos modernos hospitais do Brasil e do mundo inteiro, atestando, dessa maneira, a alta qualidade dos produtos de sua fabricação, plenamente garantidos por 50 anos de experiência técnica.



**Para informações e orçamentos, consultem-nos sem compromisso!**

Nossos técnicos  
estão às suas ordens

**COMPANHIA AGA PAULISTA DE GÁS ACUMULADO**

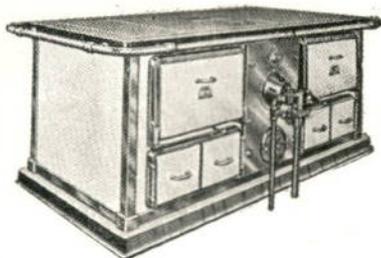
Matriz - SÃO PAULO  
Rua Pres. Costa Pereira, 557  
Tel.: 36-7154 - Caixa Postal 3214  
End. Telegráfico "Agapaulista"

Filial - RIO DE JANEIRO  
Av. Brasil, 8201  
Tel.: 30-9846 - Cx. Postal 1823  
End. Telegráfico "Bragafaros"

Filial - RECIFE  
Rua Velha, 56 - Tel.: 6181 - Caixa Postal 2361

Filial - JUÍZ DE FORA  
Rua Hipólito Caron, 22 - Tel.: 4745  
Caixa Postal 131 - End. Telegr. "Agaminas"

Confie-nos a solução do seu problema de Cozinha:  
Podemos resolvê-lo técnica, econômica e satisfatoriamente!  
PROJETOS — FORNECIMENTOS — INSTALAÇÕES



## Cozinhas Hospitalares e industriais para todos os combustíveis

- Fogões à óleo - Lenha e Gás
- Caldeirões de Aço Inoxidável à Vapor
- Baterias Basculantes à Vapor
- Máquinas Diversas para Copas de Preparação e Lavagem
- Caldeiras Geradoras de vapor de baixa e alta pressão
- Cafeteiras - Leiteiras
- Coifas - Exaustores
- Carros Térmicos

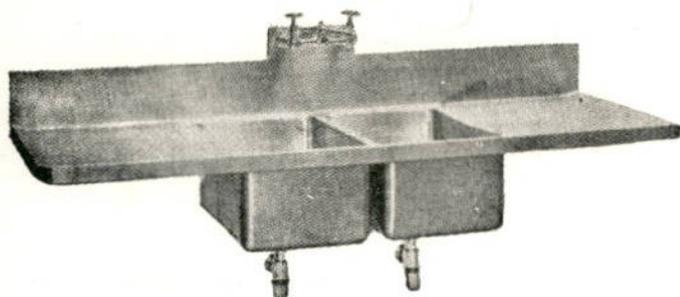


O FOGÃO DA ECONOMIA

Armando Brito & Cia. Ltda. — "Instaladora Geral"

R. Florêncio de Abreu 252 - S. Paulo - Fones: 35-7294 - 32-3681 - Telegr.: "ARBRITO"

## IRMÃOS SARTORIO LTDA.



Rua Salvador Leme, 374  
Tel.: 34-9041 — S. PAULO

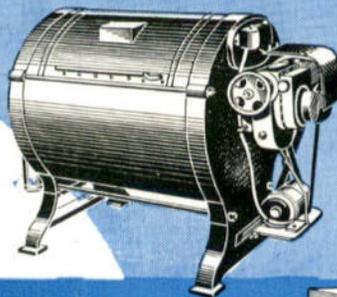
EQUIPAMENTOS EM AÇO INOXIDÁVEL

PARA COZINHAS DE HOSPITAIS E  
ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

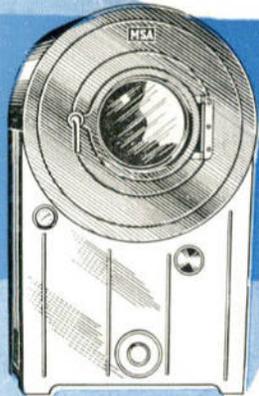
BALCÕES TÉRMICOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS — MESAS PIAS — ARMÁRIOS E  
DEMAIS ASSESSÓRIOS PARA COPAS E COZINHAS — APARELHAGEM PARA FÁBRICAS DE  
P R O D U T O S Q U Í M I C O S

# Nossas Máquinas a serviço da Técnica Hospitalar

Industria especializada em Máquinas para LAVANDERIAS



**MAQUINA DE LAVAR**  
- Reversão Mecânica -



**SECADOR ROTATIVO**  
Secadores com aquecimento  
a Vapor ou Elétrico  
e Circulação de ar



**TURBINA CENTRÍFUGA**  
Basculante



**CALANDRA**

## Máquinas Sto. André

ISSHIKI & CIA.



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

**FILIAL:**  
Rua Evaristo Veiga, 35 - Sala 1304  
Fone 22-6856 - Rio de Janeiro

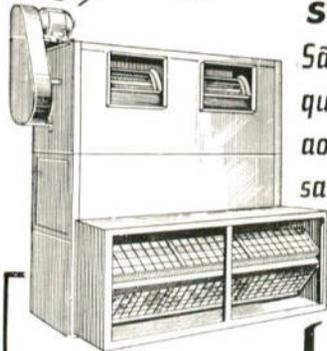
**FÁBRICA:**  
Rua Dona Gertrudes de Lima, 302  
Fone 44-3594 - (discar 07) - Sto. André

Representações: Belo Horizonte - Salvador - Recife - Curitiba - Porto Alegre - Bacia - Manaus - João Pessoa - Maceló - Fortaleza - Vitória - Florianópolis



Com **AR**  
CONDICIONADO  
os ares  
são outros!

São relevantes os serviços  
que o ar condicionado presta  
aos hospitais, casas de  
saúde e clínicas médicas



FABRICAMOS  
E  
PROJETAMOS

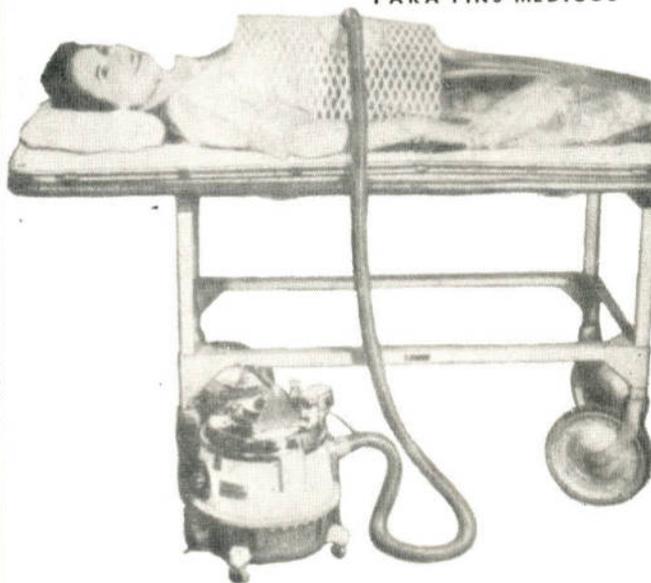
EQUIPAMENTOS PARA  
INSTALAÇÕES DE  
AR CONDICIONADO  
E REFRIGERAÇÃO  
DOMÉSTICA E  
INDUSTRIAL

VENTILADORES E REFRIGERAÇÃO **Z AULI S/A**

ENGENHEIROS • FABRICANTES • IMPORTADORES  
RUA GARIBALDI, 521 a 539 - TEL. 51-9135 (RÉDE INTERNA) - SÃO PAULO  
RUA MÉXICO, 41 - 7.º AND. - TELS. 52-8629 e 52-8826 - RIO DE JANEIRO

## PULMÃO ARTIFICIAL EMERSON

PARA FINS MÉDICOS



Este novo tipo de pulmão utiliza uma roupa leve e flexível de plástico sobre o paciente, para vedar a entrada do ar, e

uma couraça arqueada sobre o seu peito e abdome. Útil durante os processos broncoscópicos, a respiração post-operatória, esmagamento da caixa torácica e poliomielite. O Pulmão Artificial Emerson assemelha-se muito a um pulmão de aço em eficiência. Não é preciso um ajustamento perfeito.

ESCREVA PEDINDO FOLHETOS E PREÇOS  
250 West 57th Street,  
New York 19, N.Y., U.S.A.



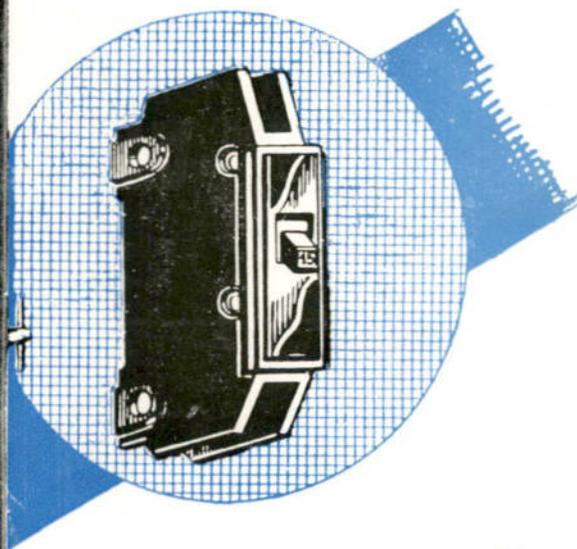
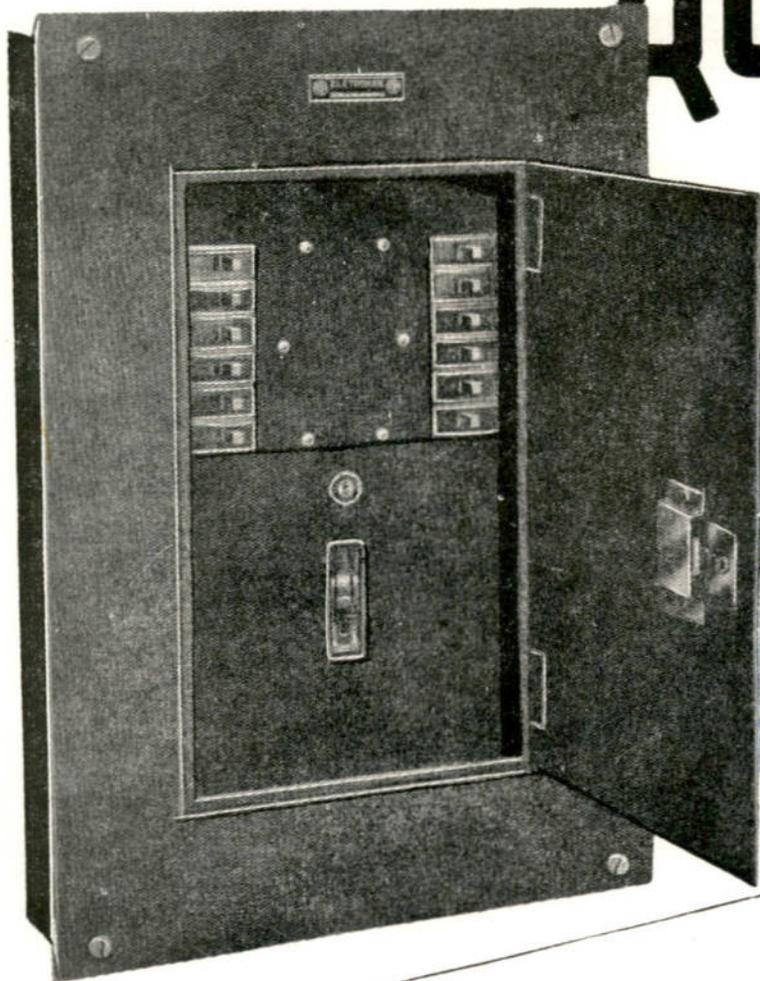
DIVISÃO DE EXPORTAÇÃO DA J. H. EMERSON CO.  
DISTRIBUIDORES EM TODOS  
OUTROS PRODUTOS EMERSON

OS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

Quadros de distribuição

**QUICKLAG**

LICENÇA Westinghouse



Quadros e Centros  
de distribuição "QUICKLAG"

para circuitos de iluminação, com disjuntores automáticos "Quicklag" 1 pólo, 15 a 50 Am-  
pères, 125 Volts, C. A. de proteção termo-magnética conjugada, licença Westinghouse,  
montados em bases especiais de baquelite, com paredes de separação entre as barras  
conectoras de cobre.

Os quadros que são fornecidos com ou sem chave geral, vem sob forma de embutir  
(montagem saliente a pedido), e são feitos com chapas de ferro n.º 16, com trinco, fecha-  
dura, espelho, placa aparafusada para perfuração das saídas dos eletrodutos, e uma barra  
de ligação de cobre, com bornes para fio neutro. Barramento total de cobre. Acabamento  
em tinta cinza.



**ELETROMAR**

INDÚSTRIA ELÉTRICA BRASILEIRA S/A.

SÃO PAULO — Rua Marquês de Itú, 282/284 — Fones: 362745 — 35-4524

RIO DE JANEIRO — Estrada Velha da Pavuna 105 — Fone: 30-9860

# S. A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES

“ S O B R A F ”



Estuda, projeta e executa fundações de acordo com a natureza do terreno e gênero da obra



EDIFÍCIO A. C. M. — ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE MOÇOS  
Rua Nestor Pestana, 147 — Construtora Paulistana S. A.

- S o n d a g e n s
- Estudo do Sub-Solo
- Estaqueamentos
- T u b u l õ e s

Rua Boa Vista, 133 – 2.º andar – Fones: 35-3447 e 35-0724 – São Paulo

# NOS HOSPITAIS MODERNOS



PIAS  
CUBAS  
TAMPOS  
E VÁLVULAS

tudo de **AÇO INOXIDÁVEL**

**HIGIENE INCOMPARÁVEL**

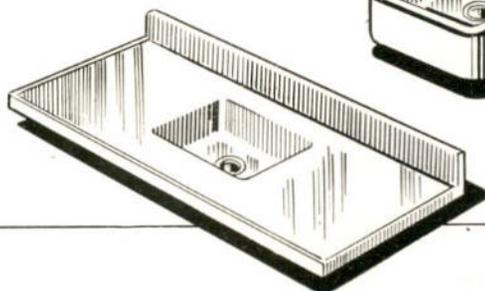
Beleza extraordinária

**NÃO LASCA**

Ecônomia pela durabilidade infinita

**NÃO ENFERRUJA**

Evita a quebra de louça



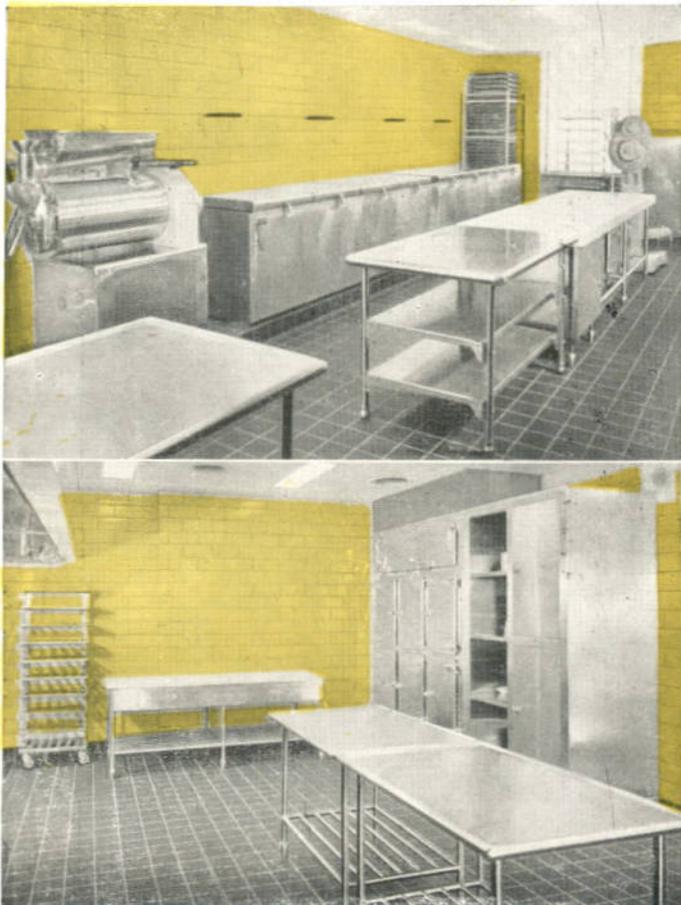
CASA INOXIDÁVEL — Artefatos de Aço Ltda.  
Avenida Presidente Wilson, 210 — 3.º andar  
Fone: 22-8733 - caixa postal, 4581 - Rio de Janeiro

Representante geral para o Estado de São Paulo,  
Norte do Paraná, e Sul de Minas Gerais:

SOCIEDADE INDUSTRIAL COMERCIAL DE AÇOS **BULKA LTDA.**

RUA REGO FREITAS, 448 — FONE: 35-5587 — S. PAULO

# VAI CONSTRUIR UM HOSPITAL?



A P L I Q U E

## GRESSIT

- Berçários
- Salas Cirúrgicas
- Cozinhas
- Lavandarias
- Fachadas
- Sanitários
- Câmaras Frigoríficas
- Reservatórios

PORQUE resiste ao ataque com álcoois, ácidos e alcalis, choques, atritos e intempéries — É isolante térmico-acústico, econômico e de durabilidade ilimitada.

REVESTIMENTO IDEAL PARA: paredes internas e externas, com placas GRESSIT esmaltadas em lindas cores fôscas, mates e brilhantes; e pisos, com placas GRESSIT ANTI-ÁCIDO ou GRESSIT INDUSTRIAL

AMPLAMENTE usado nos maiores hospitais dos Estados Unidos e Europa, aprovado e recomendado pelas autoridades e aplicado no Rio de Janeiro, 3.º cadeira de Cirurgia da Universidade de Medicina do Brasil.

EM PLACAS LISAS OU ONDULADAS

S	-	1	—	120	x	245	x	16	mm
U	-	1	—	120	x	120	x	16	mm
E	-	1	—	57	x	120	x	16	mm
M	-	1	—	57	x	245	x	16	mm
F	-	1	—	37	x	245	x	16	mm

Fabricantes exclusivos para a América do Sul

## GRESSIT S/A - Indústria e Comércio

RUA BOA VISTA, 208 — 1.º ANDAR — SALA 107/9 — TELEFONE: 35-6553 — SÃO PAULO

R E P R E S E N T A N T E S :

RIO DE JANEIRO: Rocha S/A. — Avenida 13 de Maio, 23 — 5.º — S/534

PÓRTO ALEGRE: Rodolfo Gehrs & Cia. Ltda. — Rua Uruguai, 91 — s/310 — Fone: 6462

BLUMENAU: Administradora Comercial S/A. — Trav. 4 de Fevereiro, 97 — Fone: 1127

CURITIBA: Revimp Ltda. — Rua Cabral, 18

SALVADOR: Brandão Filho S/A. — Rua Pinto Martins, 11 — 2.º andar

RECIFE: H. Cysneiros de Menezes — Rua Ulhoa Cintra, 122 — 1.º andar — Fone: 1077

BELO HORIZONTE: W. E. Knfeli — Av. Olegário Maciel, 1177 — Fone: 4-1608

Fábrica em GUARULHOS — Estado de São Paulo

# WALTER S. A.

EQUIPAMENTO MÉDICO — HOSPITALAR — DENTÁRIO

E S T U D O S

P R O J E T O S

I N S T A L A Ç Õ E S

H O S P I T A L A R E S

RUA CAPITÃO SALOMÃO, 59 — CAIXA POSTAL 4173 — TEL. 34-0691 - 35-1568 — SÃO PAULO

# NOS MAIS MODERNOS HOSPITAIS,

# WALLIG

está sempre  
presente

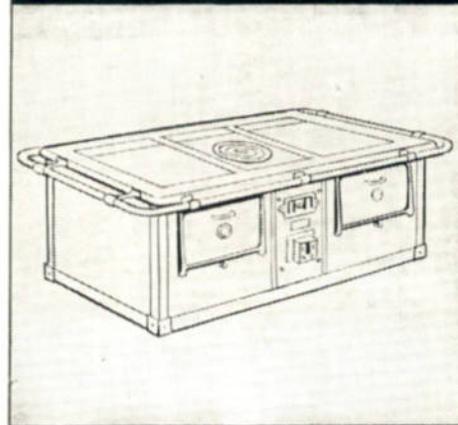
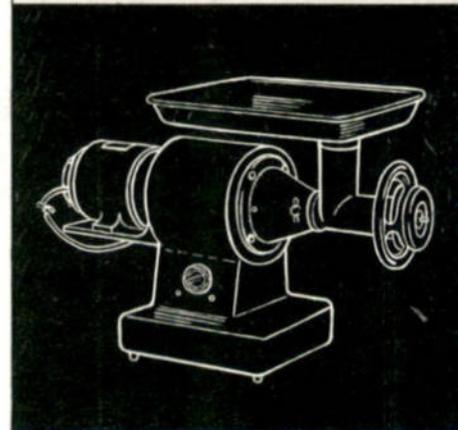
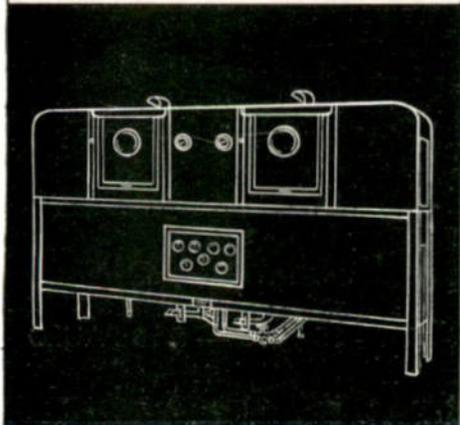
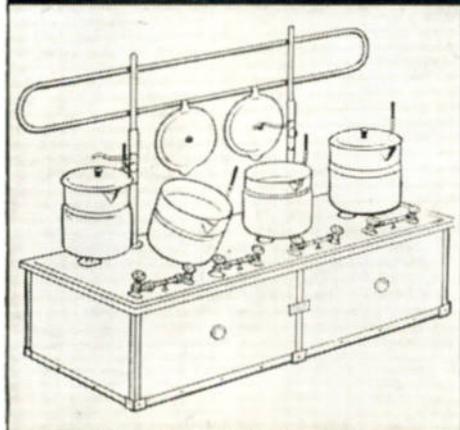
Cozinhas completas,  
fogões, caldeirões,  
máquinas de lavar louça  
e copos,  
baterias basculantes,  
máq. de descascar batatas  
e máq. de moer carne.



Informações e Orçamentos  
**METALÚRGICA  
WALLIG S. A.**

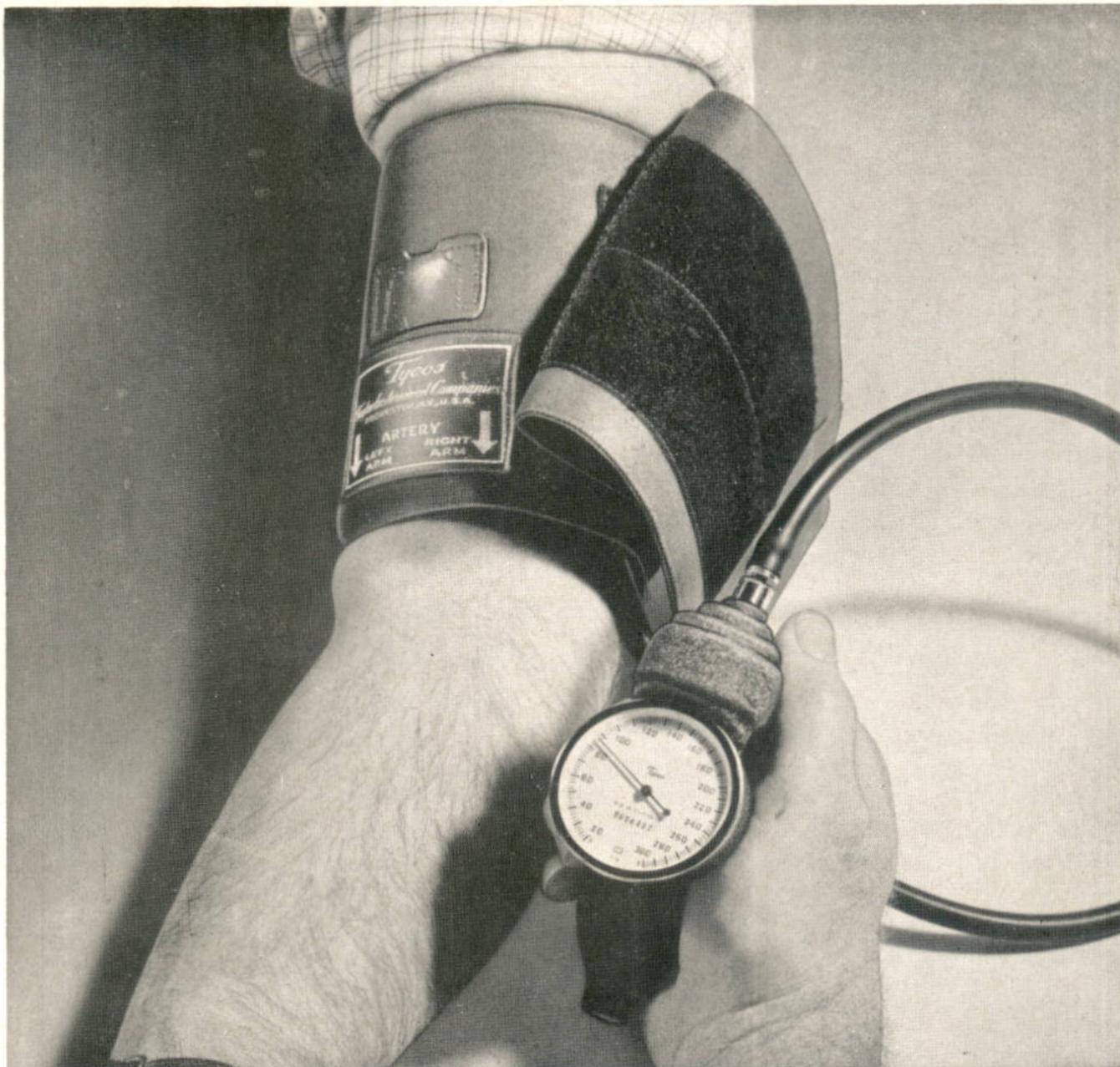
Matriz:  
R. Voluntários da Pátria, 2213  
C. P., 444 - Pôrto Alegre - Rio Grande do Sul

Filiais:  
S. Paulo - R. Xavier de Toledo, 105-4.º and.  
Curitiba - Rua Lourenço Pinto, 219  
Rio de Janeiro - Rua Uruguaiana, 141  
Belo Horizonte - Av. do Contórno, 459  
Recife - Cais de Santa Rita, 396  
Bolívia - La Paz



*a Base é sua segurança*

**ENGENHARIA  
DE  
FUNDAÇÕES  
S.A.**



## Nova braçadeira *Tycos*<sup>®</sup> com fêcho Velcro Não tem colchetes, fivelas nem alças

O inteiramento novo fêcho Velcro, uma invenção fabulosa, consiste em duas alças de nylon, sendo uma recoberta de milhares de presilhas de lã e a outra de colchetes microscópicos. Quando comprimidas uma contra a outra, entrelaçam-se fortemente, resistindo a puxadas laterais com firmeza inacreditável, *separando-se*, no entanto, com bastante facilidade. Esta nova braçadeira TYCOS com fêcho Velcro adapta-se a qualquer conformação ou tamanho de braço adulto, não deslizando nem se rompendo ao ser inflada. Testes de resistência levados a efeito pelos laboratórios Taylor, provaram que essa braçadeira, aberta e fechada mais de 100.000 vezes, não

apresentou sinal algum de desgaste. Lavagens a seco, repetidas, não afetaram o seu funcionamento.

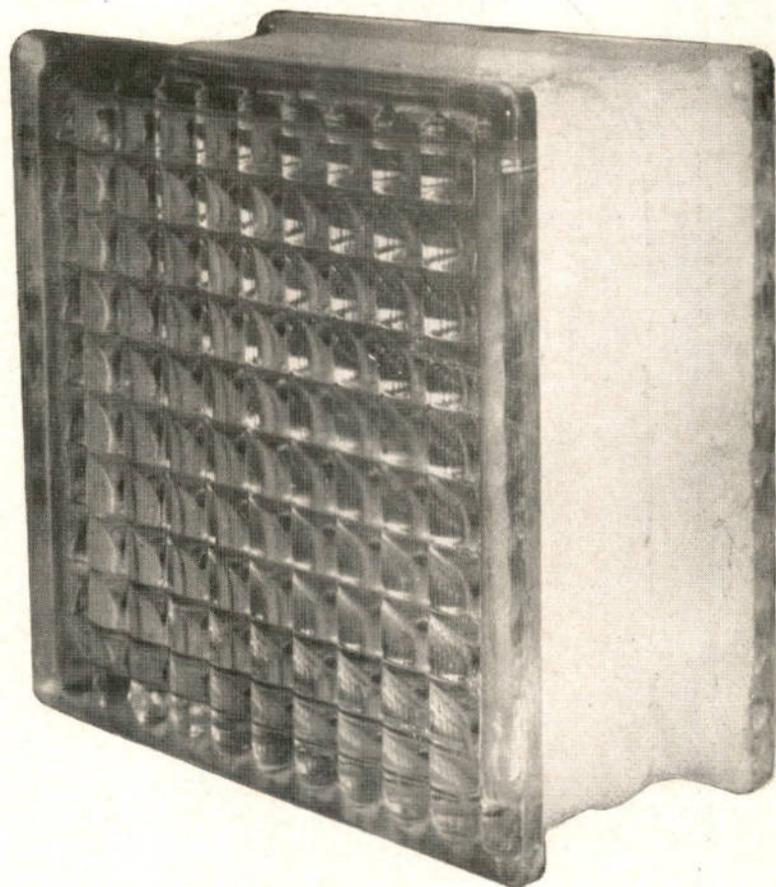
O novo fêcho Velcro é especialmente conveniente na assistência a doentes acamados. Pode ser usado tanto com o TYCOS Aneroid de Bolso quanto o Portátil, bem como aparelhos de outras marcas! Peça-o ao seu fornecedor de material cirúrgico.



*Taylor Instruments* COMPANIES - Rochester, New York, E.U.A.

**A g o r a F a b r i c a d o s n o B r a s i l**

**U n i c o s F e c h a d o s a V á c u o**



**T I P O S :**

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

**C A N E L A D O**

**S E C Ç Ã O E S P E C I A L I Z A D A E M F O R N E C I M E N T O E  
C O L O C A Ç Ã O D E V I D R O S C R I S T A I S E E S P E L H O S**

**C a s a B e l l i n i d e V i d r o s L t d a . - C o m e r c i o e I n d u s t r i a**

**R. 12 de Outubro, 194 - Fones: 5-0828 e 5-0563**

**S ã o P a u l o**

# VIDRO

nas atividades humanas...



Na arquitetura hospitalar, como fator de higiene e conforto, através da perfeita iluminação.

vidros • cristais • espelhos • vitrais • cristaliques • revespel

uma organização de âmbito nacional, para bem servi-lo

**Cia. Comercial de Vidros do Brasil**

SEDE SOCIAL:

Rua Conselheiro Crispiniano, 317 — São Paulo

FILIAIS:

São Paulo - Santo André - Santos - Rio de Janeiro - Niterói  
Belo Horizonte - Bahia - Porto Alegre - Santa Maria - Recife  
Fortaleza - Curitiba - Londrina - Uberlândia - Goiânia

**CVG**



Hospital São Domingos — Uberaba  
Vista do Hall Principal

LADRILHOS ESMALTADOS A "GRAN FUOCO"

PISOS — PAINÉIS — REVESTIMENTOS

INTERNOS E EXTERNOS

**CERAMICA ALABARDA**

RUA ALBUQUERQUE LINS, 1151 — FONE: 51-7480 — SÃO PAULO

**C**omo a terra,  
**o organismo humano**  
**precisa ser revitalizado...**



*Flexamina*

amino ácidos  
vitaminas  
sais minerais



Nos estados de carencia  
Nas convalescencias  
Como complemento alimentar  
Nas avitaminoses  
Na senilidade  
Como tônico geral



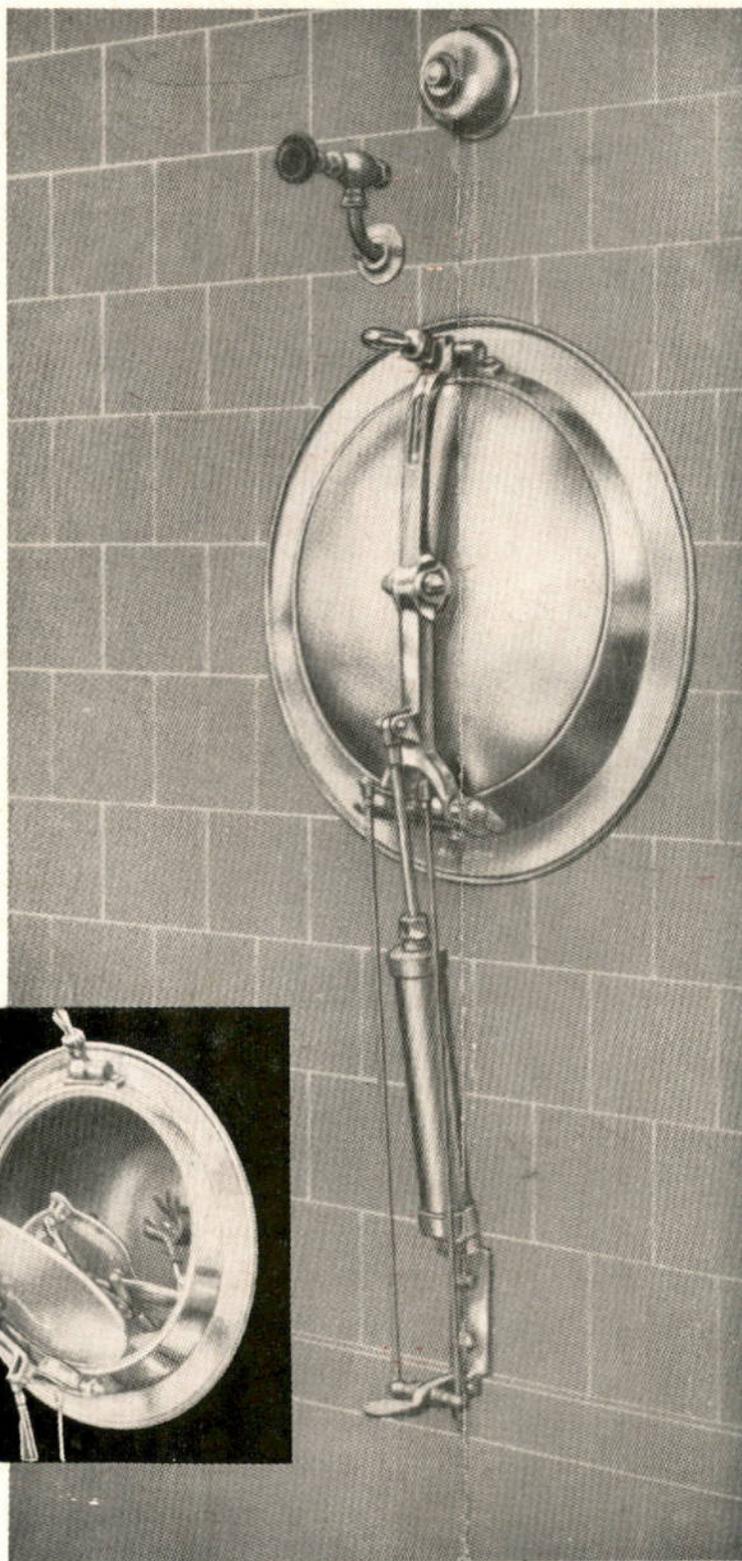
**LABORATÓRIO CLÍMAX S. A.**  
SÃO PAULO

Planejado e construído segundo a mais avançada técnica, de manejo simples, rápido, eficiente, este novo aparelho está à altura do progresso técnico-científico com que são dotados, atualmente, os melhores Hospitais e Clínicas.

Para as enfermeiras e auxiliares, o **LAVADOR DE COMADRES "ALBION"** é um auxiliar imprescindível e uma garantia de higiene absoluta. Além de preservar a saúde torna mais econômico e rápido o serviço de limpeza.



**Eficiência comprovada**  
**Higiene absoluta**  
**Rapidez e economia**



# ALBION

a técnica moderna a serviço da ciência e do conforto humano!

Metalúrgica Albion S. A.

Rua Albion, 202 - Fones 5-0421 e 5-0263

End. Teleg. Albion - São Paulo

# P R O D U T O S

## P I S O S P L Á S T I C O S

revestimentos para pisos hospitalares  
termo-plástico - monolítico  
isolante acústico - isolante elétrico  
substitui com vantagem os linóleos



## V E R N I Z S I N T É T I C O P A R A P I S O S

facilita a limpeza e a conservação  
impede a fixação da sujeira  
elimina as manchas de líquidos  
dispensa o uso da palha de aço  
resiste a ácidos e ao fogo  
economiza cera

# P O L I P L A S T

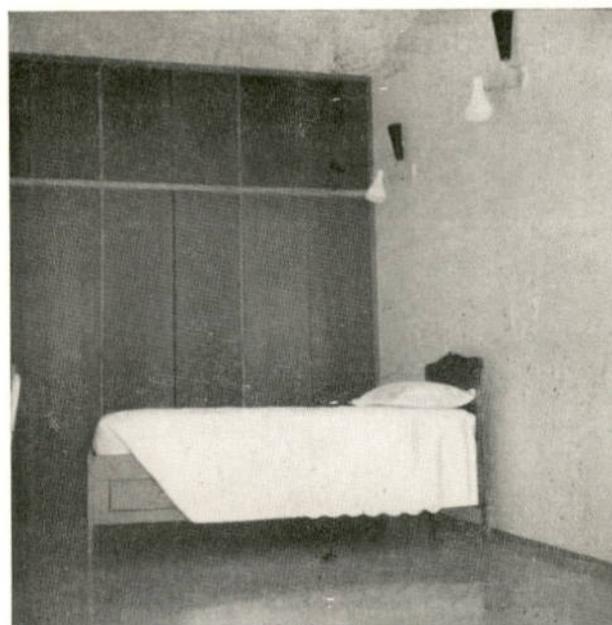


## P A R E D E S

pintura em plástico  
grande variedade de cores  
aplicação inodora  
ótima resistência ao atrito  
conservação fácil  
lavável

## V I D R O P L A S T

revestimento de paredes  
monolítico, com acabamento  
vitrificado - grande  
variedade de cores;  
ótima resistência ao atrito  
lavável - resistente a  
ácidos, graxas e produtos  
farmacêuticos - especial para  
corredores, halls, copas  
e laboratórios



## R O L F E. W A G N E R

RUA CATEQUÊSE, 92 - SÃO PAULO  
TELEFONES PARA RECADOS: 80-2069 E 80-9054

# Lavatório coletivo

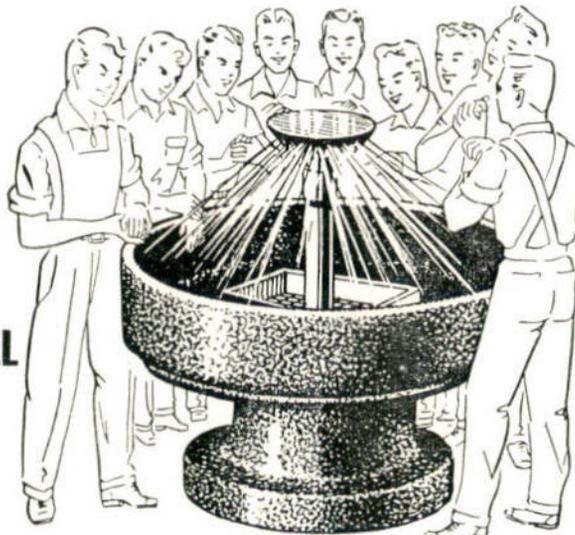
para

fábricas, colégios,  
hospitais, quartéis  
e clubes esportivos.

HIGIÊNICO

ECONÔMICO

INDESTRUTIVEL



Fornecemos também armários,  
bancos e mesas de granilite



**NEO REX do BRASIL LTDA.**

R. Joaquim Floriano, 737/57 - S. Paulo  
Tel. 8-4511 - C. P. 7221

Detalhe do majestoso vitral do Hospital da Real e Benemérita Sociedade Beneficência Portuguesa, São Paulo



## Suntuoso colorido de Vitrais Conrado dá beleza e grandiosidade a estes estabelecimentos

Hospital das Clínicas de São Paulo  
Vitrais e decoração da Capela

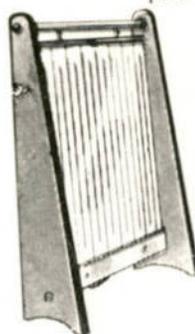
Hospital da Clínica Ortopédica de São Paulo  
Painel gravado em mármore

Maternidade São Paulo  
Decoração em espelho róseo

Santa Casa de Santos  
Vitrais Históricos

Hospital das Clínicas de Curitiba  
Painel de cerâmica esmaltada e vitral  
monumental da Capela

Nossas especialidades para hospitais:  
Cristais temperados (inquebráveis) para visores e berçários. Vidros isolantes de calor, para salas de operação



**Espelho-SOL**

- Não queima o oxigênio do ar
- Distribui o calor de modo uniforme
- Elimina o excesso de umidade

E, mais: vitrais, vidro plano para edifícios, cristais para vitrines (lojas e residências), espelhos "fumés" e coloridos, azulejos e lajotas pintadas, blocos de vidro.

**FORNECEMOS PROJETOS E ORÇAMENTOS**

**CONSULTE NOSSA MATRIZ E FILIAIS**

# VITRAIS CONRADO SORGENICHT S. A.



Matriz — São Paulo: Rua Bela Cintra, 67 — Tel. 34-5649 — Rua Clodomiro Amazonas, 1132 — Tel. 61-7243

Filiais: Rio de Janeiro — Campinas — Belo Horizonte — Representantes: Fortaleza — Santo André — Santos

# *Pelotas*

## Fábrica Metalúrgica de Lustres Ltda.

# **Peterco**

## Comércio e Indústria de Eletricidade Ltda.

fabricantes da mais completa linha de aparelhos de iluminação — fundada em 1924

PLAFONIERS

ARANDELAS PARA CABECEIRA DE CAMA

(inclusive tipo aprovado pelo IPH)

EMBUTIDOS

APARELHOS ESPECIAIS

TOMADAS E PLUGS À PROVA DE EXPLOÇÃO

(Para salas de Operação)

INTERRUPTORES

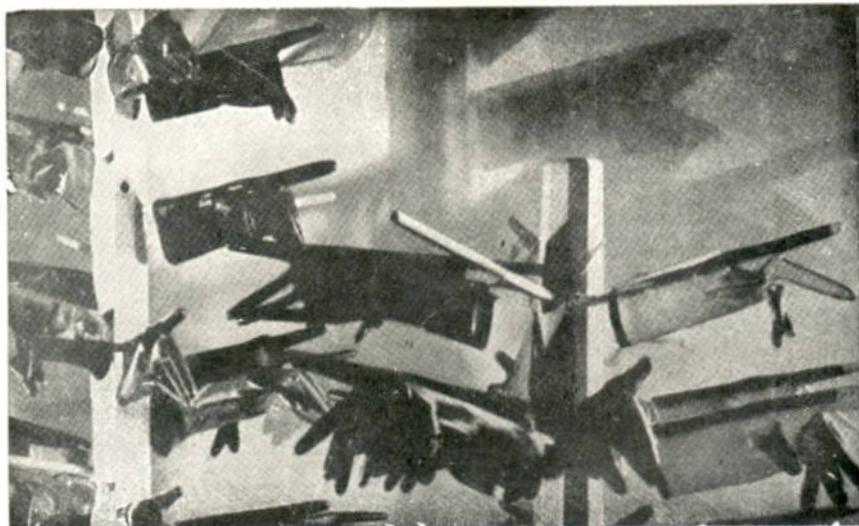
APARELHOS FLUORESCENTES

APARELHOS GERMICIDAS

LUZES DE VIGIA

nossos aparelhos tem sido empregados em modernos nosocomios, entre os quais podemos citar: hospital s. domingos de uberaba - maternidade da santa casa de pirajú - hospital anchieta de são paulo - hospital municipal de são paulo - hospital infantil do morumbi de são paulo

rua pelotas, 141 - fones: 70-4046 - 70-4053 - são paulo



## 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 ..... N.º .....

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

A importância à Cr\$ 600,00 por exemplar, (Cr\$ 500,00 para sócios do I.P.H.), segue por: cheque , pagável em São Paulo, reembolso postal , vale postal,  em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º - cj. 64 - S.P.

Quando o



salva uma  
vida...

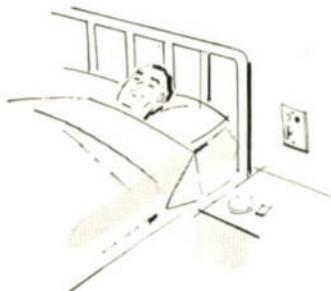
## A SINALIZAÇÃO HOSPITALAR ERICSSON É DE IMPORTÂNCIA VITAL!

Há uma vida em perigo! Há um caso grave a atender, já, sem perda de segundos sequer! Fatos comuns nos hospitais, nas maternidades, quando, tantas vezes, qualquer atraso pode ser fatal...

Nos mais modernos hospitais do mundo, a *Sinalização Hospitalar Ericsson* tem solucionado, com

segurança, precisão e eficiência, o delicado problema do socorro imediato. Ao simples toque de um botão, sem qualquer possibilidade de erro, o paciente é localizado e atendido. Imediatamente, também pela *Sinalização Hospitalar Ericsson*, o médico de plantão pode ser chamado.

**1** O paciente dá um sinal que ...



**2** é respondido pela enfermeira ...



**3** e é visto no corredor.



**4** No quarto, é desligado o sinal externo da porta e solicitado o médico.



**5** Atendido o paciente, o sinal é totalmente desligado.



Para a perfeição dos serviços de seu estabelecimento hospitalar, impõe-se esta solução de urgência: *Sinalização Hospitalar Ericsson*



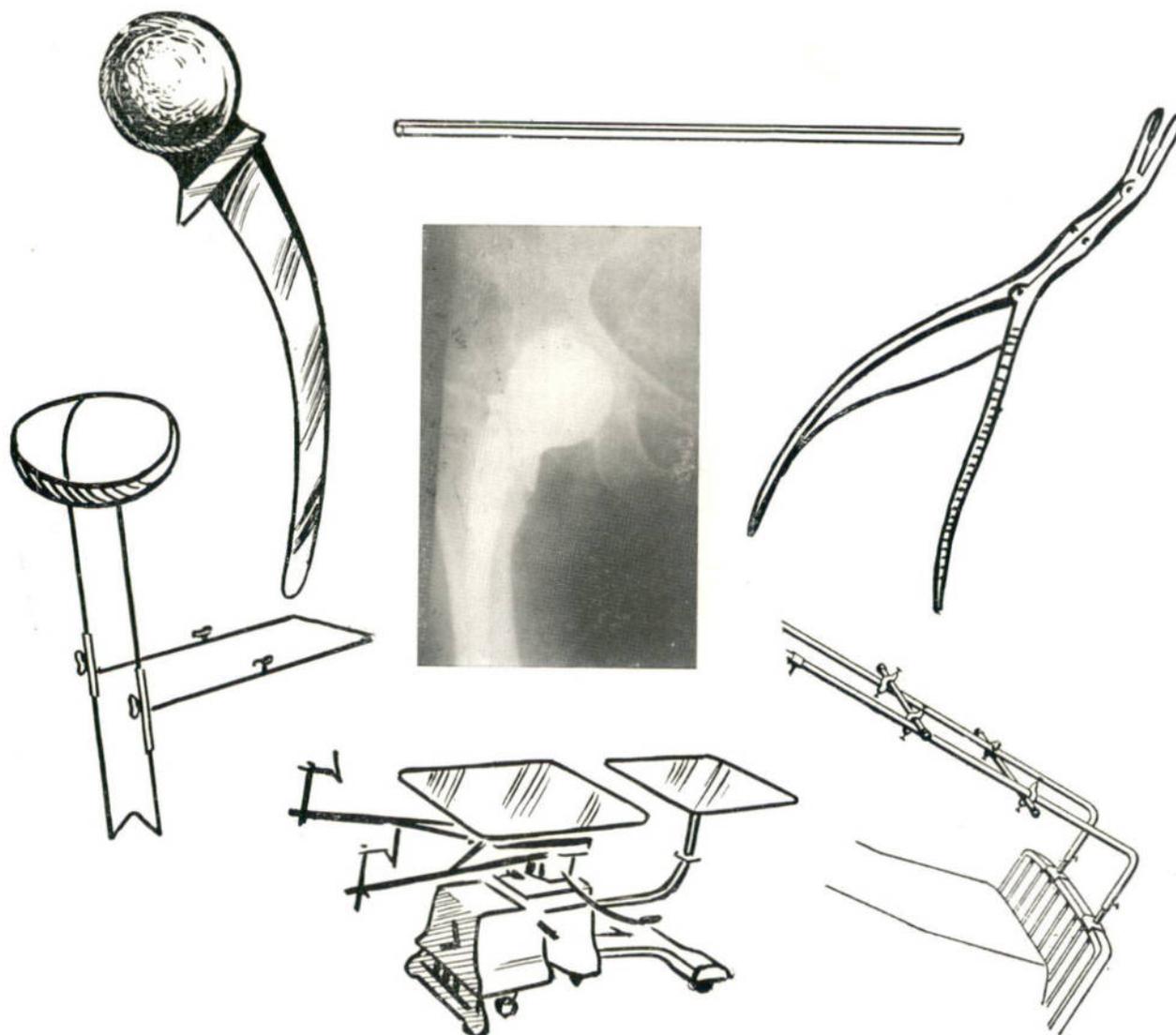
# Ericsson

DO BRASIL COM. E IND. S.A.

Av. Presidente Vargas, 642 - 10.º andar - Rio de Janeiro

FILIAIS: SÃO PAULO • PÔRTO ALEGRE • RECIFE • BELO HORIZONTE — FABRICA: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

# INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTO ORTOPÉDICO



- Mesas traumatológicas
- Próteses de inclusão
- Férulas
- Aparelhos diversos
- Instrumental

Consulte agora o novo e completo  
Catálogo "BAUMER" de Ortopedia

Pedidos à

**BAUMER - QBS** cia. brasileira de equipamentos

RUA SANTO AMARO, 275 — CAIXA POSTAL 7868 — FONES: 32-6448 E 37-3377 — SÃO PAULO  
RUA FRANCISCO SERRADOR, 90 — 18.º — CONJUNTO 1.801 — FONE: 52-7621 — RIO DE JANEIRO  
REPRESENTANTES EM RECIFE — BELO HORIZONTE — CURITIBA — PÓRTO ALEGRE — VITÓRIA — SALVADOR — BELÉM

# INDICE DOS ANUNCIANTES

Armando Brito & Cia. Ltda. ....	XI	Industrias York S/A. ....	206
Batten, Baston, Durstini & Osborn Taylor Instruments Co. ....	XX	Irmãos Sartório Ltda. ....	XI
Baumer — Q. B. S. Cia. Brasileira de Equipamentos	XXXII	Laboratório Climax S/A. ....	XXIV
Casa Bellini de Vidros — Comércio e Indústria ....	XXI	Laboratório Crino-Sêda de Suturas Cirurgicas S/A. ...	204
Casa Lohner S/A. ....	VII	Legrart S/A. ....	VIII
Castanho & Filhos ....	II	Lutz Ferrando — Ótica Instrumental Científica S/A.	IV
Cerâmica Alabarda ....	XXIII	Máquinas Santo André — Isshiki & Cia. ....	XII
Colchão de Molas Lancellotti ....	VIII	Metalúrgica Albion S/A. ....	XXV
Cia. Aga Paulista de Gas Acumulado ....	X	Metalurgica Fracalanza S/A. ....	202
Cia. Comercial de Vidros do Brasil ....	XXII	Neo-Rex do Brasil Ltda. ....	XXVIII
Eletromar Industria Elétrica Brasileira S/A. ....	XIII	Poliplast Ltda. ....	XXVI
Engenharia de Fundações S/A. ....	XIX	Poliplast Ltda. ....	XXVII
Ericsson do Brasil Comércio e Indústria S/A. ....	XXXI	Soc. Anon. Brasileira de Fundações ....	XIV
EUCATEX S/A. ....	4.ª capa	Soc. Industrial Comercial de Aços Bulka Ltda. ....	XV
Pelotas — Fabrica Metalurgica de Lustres Ltda. ....	XXX	Soc. Nacional de Técnica de Precisão Ltda. ....	III
Peterco Comércio e Industria de Eletricidade ....	XXX	Southern Oxygen Company ....	XII
Gressit S/A. Indústria e Comércio ....	XVI	Vidrotil Industria e Comércio de Vidros Ltda. ....	VI
Ibacli S/A. Comércio e Industria ....	IX	Vitrais Conrado Sorgenicht S/A. ....	XXIV
Indústria Mecano Científica S/A. ....	V	WALLIG S/A. ....	XVIII
Indústria Mecano Científica S/A. ....	3.ª capa	WALTER S/A. ....	XVII
		Zauli S/A. ....	XI

# NA FIAÇÃO DO CASULO

COMEÇA A

Qualidade  
da  
Sêda

CRINO-SÊDA

• AS MELHORES RAÇAS FIAM

• AS MAIS MODERNAS  
MÁQUINAS TRANÇAM

• O MAIS EFICIENTE SISTEMA  
DE CONTROLE APROVA

• O MAIS EXIGENTE  
CIRURGIÃO UTILIZA

Branca ou Preta ISENCAP®

Máxima  
em

- RESISTÊNCIA
- ELASTICIDADE
- COMPATIBILIDADE
- ESTERILIDADE

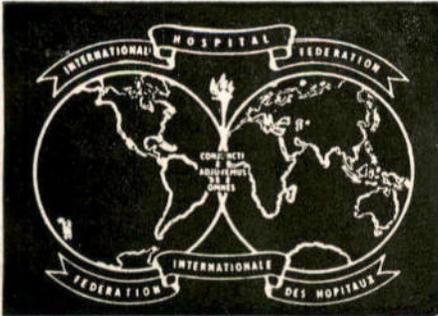
E orgulhe-se  
disto:

é  
100 % Nacional

SÍMBOLO DE QUALIDADE  
E  
ESPECIALIZAÇÃO EM FIOS CIRÚRGICOS

Laboratório **CRINO-SÊDA** de Suturas Cirúrgicas S. A.

Rua Dr. Clementino, 200 a 212 - São Paulo - Brasil



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

O IPH é entidade de Utilidade Pública  
Séde e redação: Rua Xavier de Toledo 210 - 6.º andar - conjunto 64 -  
Telefone: 36-3889 - São Paulo - Brasil

Hospital de Hoje — Ano IV — Vol. 12

Cooperaram na confecção deste número:  
Os autores constantes do índice ao lado  
Os senhores anunciantes, relacionados à página 201

**Direção e Redação da Revista:**

Diretor Responsável:

**Jarbas Karman**

Redator geral:

**Martinus Pawel**

Diretores de Secção:

Editorial:

**José Reis**

Psicologia Hospitalar:

**Noemy da Silveira Rudolfer**

**Betty Katzenstein**

Laboratório:

**Otávio A. Germeck**

Farmácia:

**Carlos H. Robertson Liberalli**

**Quintino Mingoja**

**Henrique Tastaldi**

Anestesia:

**Salvador Cromberg**

**Kentaro Takaoka**

Enfermagem:

**Maria Rosa de Souza Pinheiro**

Normas:

**Francisco Inácio de Araújo Silva**

**Eudoro L. Berlinck**

Sumário inglês:

**Charles Hannold Crispin**

Projetos:

**Jarbas Karman**

Nutrição:

**F. Pompeu do Amaral**

## Í N D I C E

### CAPA

Hospital F. Simões de Pelotas — Arq. J. Karman, A. Willer

**ANUNCIANTES** ..... 201

**SUMÁRIO INGLÊS** ..... 209

### IPH

Ficha de inscrição ..... 211

Sugestões e críticas ao editor

Indagações ao Instituto

### EDITORIAL — Dr. José Reis

Hospital de Amanhã ..... 213

Discussão dos Problemas Médicos e Administrativos Ligados ao  
Contrôle de Infecções Estafilocócias e Outras Infecções em Hos-  
pital — Chester W. Howe (M. D.), Sarah H. Hardwidge (M. D.),  
Mark H. Lepper (M. D.), Sidney Liswood ..... 215

**NOVIDADES** ..... 222

### ACABAMENTO — Carl Ernest August Paulsen

Pisos Plásticos, Pisos do Futuro ..... 224

### ENSINO

Um Programa de Enfermagem Pediátrica — Nahyda de Almeida  
Velo ..... 225

Fundamentos Para a Criação de Uma Escola de Arquivo Médico  
e Estatístico num Hospital Moderno — G. J. da Rosa e Silva .. 231

### HOSPITAL ESTRANGEIRO — Administrador Sten-Erik Glas

O Novo Hospital de Sandviken ..... 233

### PSICOLOGIA HOSPITALAR — Dr. Martinus Pawel

Higiene Mental, Saúde Pública e Hospitais ..... 237

### SAÚDE PÚBLICA — Samuel B. Pessoa

Educação Sanitária ..... 238

### PROJETOS — Jarbas Karman — Alfredo Willer

Hospital de Clínicas de Pelotas "Dr. Francisco Simões" ..... 243

### ESTATÍSTICA — Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães

Estatística Econômica, Médico-Social e Cultural das Regiões Eco-  
lógicas (Zonas Fisiográficas) do Estado de São Paulo — 1953 ... 249

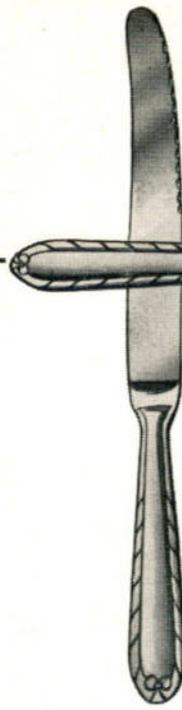
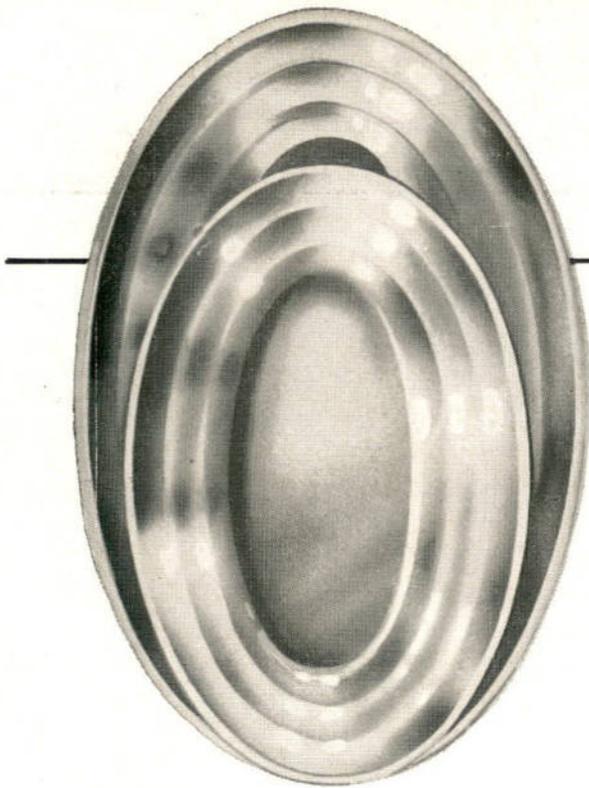
### NOTICIÁRIO DO BRASIL

X Congresso Nacional de Tuberculose ..... 255

V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas ..... 255

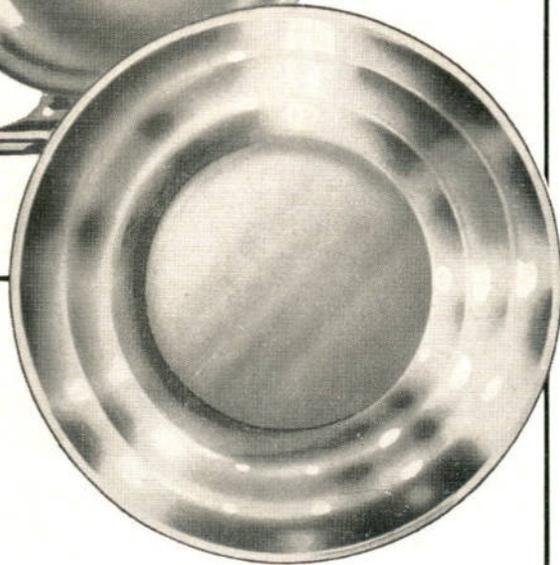
X Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria ..... 255

V Congresso Brasileiro de Anestesiologia ..... 255



**BAIXELAS E TALHERES DE  
AÇO INOXIDÁVEL**

**Fractalanza**



*proporcionam em seu uso  
maiores lucros  
por sua alta qualidade  
preço vantajoso  
e duração infinita!*

**NÃO QUEBRAM, NÃO AMASSAM,  
DE FÁCIL LIMPEZA.  
CONSERVAM SEMPRE A  
APARÊNCIA DE NOVOS**



À VENDA NOS DISTRIBUIDORES DOS PRODUTOS DA

**METALÚRGICA FRACALANZA S.A.**

Estadística:	<b>Martinus Pawel</b>
Desinfetantes e Esterilização:	<b>Eulina Bastos Richter</b> <b>Jarbas Karman</b>
Frio e Calor:	<b>Remy Benedito Silva</b>
Radioterapia:	<b>Carlos de Campos Pagliuchi</b>
Radiodiagnóstico:	<b>José Hortência de M. Sobrinho</b>
Noticiário:	<b>Martinus Pawel</b>
Instalações	<b>Alfredo Willer</b>
Administração:	<b>Fausto Figueira de Mello</b>
Acústica:	<b>Roberto Paulo Richter</b>
Secretária:	<b>Maria Aparecida Martins</b>
Contabilidade:	<b>Fernando P. d'Abreu Braga</b>
Desenhos:	<b>Borges Filho</b>
Impressão:	<b>Escolas Profissionais Salesianas</b> <b>Al. Barão de Piracicaba, 560</b> <b>Telefone 51-3128 — São Paulo</b>
Clichês:	<b>Angelo Lastri &amp; Filho</b>

#### NÚMEROS SUBSEQUENTES:

Para os próximos números contamos ainda com a colaboração ou cooperação dos Senhores:

**Abelardo Gomes Abreu, Adriano Taunay Leite Guimarães, Alfredo Willer, André Roseira de Mattos, Antonio Delmanto, Arthur de Almeida, Cleonice Pessoa Trigueiro, Dalva Maria Oliani, Delio da Costa Alemão, Domingos de Oliveira Ribeiro, E. Mira y Lopes, Edison R. Luni, Edmundo Vasconcellos, Eudoro L. Berlinck, Francisco Pompêo do Amaral, Franklin P. Janes (USA) Gabriel Serrano (Colombia), Gentil Portugal do Brasil, Hermann Schmidt, Hortência de Medeiros Sob., Hugo Leneryd (Suécia), Humberto Ballariny, Ione Cintra de Souza, Ivan Porto, J. E. Barbosa Rezende, Jarbas Karman, John Weeks (Ingl.), João Geraldo Gonçalves da Silva, José Sylvio Cimino, Joshua Bierer (Ingl.), Julio Rabin, Kenneth L. Winters (USA) Laurenio Lins, Lila L. Blandy, Lis Carneiro, Louis Block, Lincoln Freitas Filho, Maria Rosa Pinheiro, Martinus Pawel, Maury Pinto de Oliveira, Nahyda Velloso, Noemy da Silveira Rudolfer, Octávio A. Germek, Odisséa de Avila Gimenez, Pedro Fillinger, Erwin Putsep (Suécia), Roberto Paulo Richter, Rubens Luiz Xavier, S. Halter (Bélgica), José Barreto Dias.**

II Congresso Nacional de Hospitais .....	256
Programa da VII Jornada Paulista de Administração Hospitalar ..	256
Colégio Internacional de Cirurgiões .....	256
II Congresso Latino-Americano de Anatomia Patológica .....	257
Radiocomunicação para Hospital .....	257
Sociedade Brasileira de Cancerologia .....	257
V Congresso da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental .....	257
VI Congresso Pan-Americano de Otorrinolaringologia .....	257
VIII Congresso Brasileiro de Protologia .....	257
Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica .....	257
Pavilhão de Vírus do Instituto "Adolfo Lutz" São Paulo .....	257
Tracoma .....	258
Hospital Espirita de Marília .....	258
Prêmio Para Enfermeiros .....	258
Bolsa de Estudos .....	259
Dr. Kenneth Courtney .....	259
3.º Congresso Médico Psicológico Ibero-Americano .....	259
I Congresso Brasileiro de Medicina, Cirurgia e Odontologia de Urgência .....	259
Nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Tuberculose .....	259
Segundo Curso de Organização e Administração Hospitalar na Medicina .....	259
O Colégio Internacional de Cirurgiões em Goiás .....	259
"Internships" Para Médicos Brasileiros .....	259
III Congresso Médico de Juiz de Fôra .....	260
Conclusão do Hospital da Santa Casa de Juiz de Fôra .....	260
Sociedade de Otorrinolaringologia do Rio de Janeiro .....	260
Bases Para o Ensino da Estatística Médica .....	260
Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo .....	260
IV Jornada de Atualização Cirúrgica .....	260
Instituto de Arquitetos do Brasil .....	260
Cursos Médicos do D.N.S. ....	261
XII Congresso da Sociedade de Traumatologia e Ortopedia ....	261
XXIV Reunião Anual da Sociedade de Medicina de Pernambuco	261
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia .....	261
Curso Sobre Elementos de Administração Hospitalar .....	261
Curso de Psiquiatria e Higiene Mental .....	261
Federação Brasileira das Sociedades da Tuberculose .....	261
Escola de Auxiliar de Enfermagem "Maria Pia Matarazzo" ....	261
Congresso Latino-Americano de Psicanálise .....	262
Associação de Hospitais do Rio de Janeiro .....	262
I Reunião Brasileira de Genética .....	262
Consultoria Técnica do Ministro da Saúde .....	262

#### NOTICIÁRIO INTERNACIONAL

II Jornada Hospitalar Alemã .....	263
Academia Americana de Administradores Hospitalares .....	263
Academia Americana de Administradores Hospitalares .....	263
Unidade Geriátrica .....	263
Hospital de Benrath, Dusseldorf, Alemanha .....	263
Welwyn — Hatfield New Hospital .....	263



## Segurança! com Esparadrapo YORK

Os quatro requisitos para a sua proteção: incomparável resistência, impermeabilidade perfeita, máxima flexibilidade, aderência imediata. Exija Esparadrapo YORK - produzido com borracha brasileira: não mela, não exala cheiro e não resseca.

QUEM CONHECE, CONFIA!

indústrias **york** s.a.



RUA PROF. APRÍGIO GONZAGA, 435 - TELEFONE 7-1197 - CAIXA POSTAL 8693 - SÃO PAULO

## COLABORAÇÕES

A revista "HOSPITAL DE HOJE", órgão oficial do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, não é editada com o propósito de divulgar os trabalhos de um grupo restrito de sócios, nem de acolher unicamente a colaboração de profissionais que já conseguiram renome.

Ela pertence a todos os sócios, e suas colunas permanecem ao dispôr de quantos desejem, de uma forma ou de outra, cooperar com seu programa de:

### MELHOR SERVIÇO HOSPITALAR PARA O BRASIL

Assim, apelamos para que todos considerem a Revista como sua, enviando-nos, não só artigos técnicos e notícias sobre realizações práticas, como também comentários acerca de assuntos ligados à vida hospitalar.

"HOSPITAL DE HOJE" quer ser órgão de divulgação da experiência, das idéias e sugestões do maior número possível de estudiosos, de tal forma, que se torne cada vez mais útil e interessante. Repetimos: A COLABORAÇÃO EM "HOSPITAL DE HOJE" ESTÁ ABERTA A TODOS.

Os manuscritos devem ser submetidos à sua apreciação, datilografados em papel ofício com espaço duplo. Devem vir acompanhados, sempre que o assunto o comporte, de gráficos, esquemas ou fotografias.

Pede-se aos autores indicar o nome completo e o serviço em que trabalham.

Os trabalhos não publicados serão devolvidos desde que acompanhados de envelope endereçado ao autor. . . . .

NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO, MESMO PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO, DA DIREÇÃO DA REVISTA. OS PEDIDOS DE REPRODUÇÃO SERÃO ATENDIDOS NA MEDIDA DO POSSÍVEL.

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

HOSPITAL DE HOJE É DISTRIBUIDA GRATUITAMENTE AOS SÓCIOS DO IPH

Guy's Hospital, London .....	263
Interação de Crianças em Companhia da Mãe .....	263
Congresso de Abreugrafia .....	263
XIII Congresso Internacional de Saúde Ocupacional .....	263
Winnipeg Children's Hospital .....	263
Conferências Sôbre Esterilização .....	263
VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária ....	264
III Congresso Ibero-Americano de Seguro Social .....	264
O Arq. D. A. Goldfinch .....	264
Conferências Sôbre Problemas do Médico, em Portugal .....	264
I Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina ...	264
III Congresso Internacional de Fotofluorografia .....	264
O Brasil no III Congresso Mundial de Cardiologia .....	264
O Prof. Arnaldo de Moraes na Alemanha .....	264
18.º Congresso Internacional de Oftalmologia .....	264
III Congresso Internacional de Alergia .....	264
V Congresso Internacional de Doenças do Torax .....	264
II Congresso Mundial da Sociedade Internacional de Cardiologia ..	264
Congresso Médico em Berlim .....	264
Philips Internacional Institute .....	264

### NORMAS

Macas e seus Suportes .....	265
-----------------------------	-----

### MEDICINA SOCIAL — Dr. José Hortência de Medeiros Sobrinho

Progressos da Medicina e Organização Médico-Hospitalar na Suécia	267
--	-----

### REABILITAÇÃO

Departamento de Reabilitação Hospitalar nos Países Baixos ....	271
--	-----

### NOTÍCIAS DO IPH

Diretoria eleita para o ano de 1959/1960 .....	273
Conferências .....	273
Comissão de Pesquisa dos Sistemas de Controles Médicos e Estatísticos .....	274
Comissão de Estufas .....	274
Ata da 11.ª Reunião da Comissão de Estufas Para Esterilização	275
Comissão de Acústica .....	276
Estatutos do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares .....	277

### LITERATURA

Manual de Rotinas do Serviço de Arquivo Médico Estatística ...	282
Legislação Sôbre Enfermagem .....	282
Iniciação à Psiquiatria Social .....	282
"Hospital de Hoje" em foco .....	282
Pixigrafia .....	283

### LITERATURA ESTRANGEIRA

Ruidos em Enfermaria .....	283
Report of the Study tour of Hospitals in the German Federal Republic .....	283
Seccion de Estudios sobre Hospitales y Beneficencia del Colegio de Medicos de Barcelona .....	283
Renovação hospitalar .....	284

# REPRESENTAÇÕES, DELEGAÇÕES E CORRESPONDENTES DO I P H

## SEDES ESTADUAIS DO IPH

IPH — Rio  
Av. Franklin Roosevelt, 115 - 10.º gr. 1006  
Rio de Janeiro — Guanabara  
**Representante:** Dr. Humberto Ballariny  
**Secretário:** Arq. Germano Galler

IPH — Pará  
Faculdade de Medicina do Pará  
Belém — Estado do Pará  
**Representante:** Dr. José Silveira  
**Secretário:** Enf. Aquilon Ribeiro Gomes Bezzerra

IPH — Pernambuco  
Rua Dr. José Vilela, 100 — Parnamirim  
Recife — Estado de Pernambuco  
**Representante:** Arq. Florimundo Marques Lins Sobrinho

IPH — Espírito Santo  
Rua Coronel Monjardim, 147  
Vitória — Estado do Espírito Santo  
**Representante:** Arq. Maria do Carmo de Novaes Schwab

IPH — Minas Gerais  
Av. do Contorno, 2887  
Belo Horizonte — Estado de Minas Gerais  
**Representante:** Dr. Delcídes de Oliveira Baumgratz

IPH — Goiás  
Hosp. Sta. Helena  
Goiânia — Estado de Goiás  
**Representante:** Dr. Francisco Bastos  
**Secretário:** Eng. Paulo Bastos Cirilo

IPH — Santa Catarina  
Hospital Colonia Santana - Caixa Postal n.º 216  
Florianópolis — Estado de Santa Catarina  
**Representante:** Dr. Osmar Nelson Schroeder

IPH — Rio Grande do Sul  
Edifício Club do Comércio, apto. 103  
Porto Alegre — Estado do Rio Grande do Sul  
**Representante:** Dr. João Pacheco Soares Xavier

IPH — Bahia  
Rua Cônego José Loreto, 10  
Salvador — Estado da Bahia  
**Representante:** Dr. Aristides Maltez Filho

## DELEGAÇÕES MUNICIPAIS DO IPH

IPH — Uberaba  
Rua Frei Paulino, 40 - Fone: 2239  
Uberaba — Estado de Minas Gerais  
**Delegado:** Revma. Madre Maria Angelina Rezende  
**Secretária:** Revma. Irmã Maria de Belém

IPH — Governador Valadares  
Governador Valadares — Estado de Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. Julio Cota Pacheco

IPH — Acesita  
Rua 26, n.º 21  
Acesita — Estado de Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. Pedro Sampaio Guerra

IPH — Itajubá  
Fábrica de Itajubá — casa 12  
Itajubá — Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. Antonio Elzio Pereira da Silva

IPH — Campinas  
Rua Salustiano Penteado, 115  
Campinas — Estado de São Paulo  
**Delegado:** Dr. Laerte de Moraes

IPH — Poços de Caldas  
Rua Junqueiras, 537  
Poços de Caldas — Estado de Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. Rowilson Flora

IPH — Itajay  
Rua 15 de Novembro, 68  
Itajay — Estado de Santa Catarina  
**Delegado:** Dr. Felipe Baptista de Alencastro

IPH — S. José dos Campos  
Rua Justino Cobra, 73 - Fone: 63  
S. José dos Campos - Est. S. Paulo  
**Delegado:** Eng. Fernando Vieira Lopes da Costa

IPH — Londrina  
Rua Sergipe, 69 - Fone: 1876  
Londrina — Est. do Paraná  
**Delegado:** Dr. Waldomiro Ayres

IPH — Pelotas  
Rua Voluntários, 410  
Pelotas — Estado do Rio Grande do Sul  
**Delegado:** Dr. João Feliciano Xavier  
**Secretário:** Arq. Raphael Gomes Lopes

IPH — Juiz de Fora  
Avenida Rio Branco, 2613  
Juiz de Fora — Estado de Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. João Felício Fernandes

IPH — Votuporanga  
Rua Tocantins, 696  
Votuporanga — Estado de São Paulo  
**Delegado:** Dr. Miguel Gerosa

IPH — Valparaíso do Chile  
Servicio Nac. de Salud  
Casilla 7 - V  
Valparaíso do Chile  
**Delegado:** Dr. Norman Kliwadenko

IPH — Santiago do Chile  
Racicuda Montalván 1858  
**Delegado:** Dr. Hugo Calderón Campusano

IPH — Maringá  
Av. São Paulo, 266 — Caixa Postal, 175  
Maringá — Paraná  
**Delegado:** Dr. Galileu Pasquinelli

IPH — Sta. Maria  
Av. Ipiranga, 23-32  
Av. Ipiranga, 23-32  
Santa Maria — Rio Grande do Sul  
**Delegado:** Alcides Pozzobon

IPH — Manuque  
Rua Lambari, 21  
Manuque — Minas Gerais  
**Delegado:** Dr. Raphael de Castro

IPH — Mar del Plata  
San Luis, 3010  
Mar del Plata — Argentina  
**Delegado:** Dr. Luiz Antonio de La Torre

IPH — Goiânia  
Av. Tocantins, 29  
Goiânia — Goiás  
**Delegado:** Dr. Elder Rocha Lima

IPH — Nova York  
45 West 45th Street  
Nova York — Estados Unidos  
**Delegado:** Arq. Isadore Rosenfield

## CORRESPONDENTES DO IPH

Walter Claudio Coimbra Tabosa  
Organização Mundial de Saúde  
Departamento de Saúde Pública do Panamá  
República do Panamá

Arq. Joseph Neufeld  
133 Fifth Avenue  
New York 3 — N. Y.

## REPRESENTANTES NO EXTERIOR

IPH — Portugal  
Av. Antonio Augusto D'Aguiar, 56 - 2.º E  
Lisboa I — Portugal  
**Representante:** Dr. Jayme Rodrigues Nina

IPH — Mendoza  
Colon, 773  
Mendoza — Argentina  
**Representante:** Arq. Aristides Cotlini

IPH — La Paz  
Otero de la Vega, 555  
La Paz — Bolívia  
**Representante:** Raul G. Ocampo Landa

**HOSPITAL DE HOJE** is the official journal of the IPH, a non-profit Brazilian organization whose aim is to improve the Brazilian hospital services through scientific research and the development of a coordinated hospital system.

**COVER**

**Hospital of Pelotas**  
**J. KARMAN, A. WILLER**

**IPH**

**Inscription, Subscription** ..... 211  
**Questions and Suggestions** ..... 211

**EDITORIAL**

**Hospital of Tomorrow**  
**J. REIS** ..... 213

**Control of Cross Infections in Hospitals — I**  
**S. HARDWICKE, C. W. HOWE, M. H. LEPPER, S. LISWOOD** ..... 215

**NOVELTIES** ..... 222

**FINISHES**

**Plastic floors, floors of the future**  
**C. E. A. PAULSSEN** ..... 224

**TEACHING**

**A Program of Pediatric Nursing**  
**N. A. VELOSO** ..... 225

**The Installation of a School of Medical-Statistical Recording in Modern Hospitals**  
**G. J. ROSA E SILVA** ..... 231

A number of reasons in favour of the installation of such a school, which would greatly benefit hospitals and their personnel.

**FOREIGN HOSPITALS**

**The new Hospital of Sandviken, Sweden**  
**S. E. GLAS** ..... 233

**HOSPITAL PSYCHOLOGY**

**Mental Hygiene, Public Health and Hospitals**  
**M. PAWEL** ..... 237

Calling attention to the interesting conclusions reached by the Committees of Experts, Colloquia and Study Groups organized by the WHO, the A. dwells on the following points:

1. Insufficient understanding within the medical profession,
2. Most urgent need during the critical periods of life: puberty, pregnancies, etc.
3. Team work,
4. Cooperation of the hospital teams,
5. Better teaching of mental hygiene, sociology, medical administration to prospective doctors and specialists

**PUBLIC HEALTH**

**Sanitary Education**  
**S. PESSOA** ..... 238

The Author, professor emerit of the São Paulo Faculty of Medicine, calls attention to the importance of the work of the health educator, specially in underdeveloped areas.

**PROJECTS**

**Hospital Dr. F. Simões of Pelotas**  
**J. KARMAN, A. WILLER** ..... 243

The present introduction to the "Hospital de Pelotas", considers only its Rationality, Efficiency, and New Trends.

**RATIONALITY**

Let us take the Patients' Ward as an example. This ward is extremely compact, since brooms are located on both sides of the corridor; the bathroom instead of being planned in between two rooms, thus making the corridor, longer is located in this hospital between the room and the corridor and also functions as an acoustical barrier to the corridor's noises.

Its linear density is extremely high, as it has the largest number of rooms per corridor meter, making the nurses' steps shorter.

Considering that "each step weighs and costs", as a result we have the number of staff personnel reduced.

The decentralized nurses' stations divide the hospital into several small clinical units within the three large administrative units (one per floor).

The radial distances between the nurses' stations and the rooms are 20 feet at the most. The longitudinal distances to be covered by the attendants also contribute to reduce costs, since it permits the differentiation of the circulation — as per the category of the person or kind of things to be transported.

The horizontal development of the hospital, gathering more than 70 beds per floor, gives it great flexibility. The adjacency of all rooms assures the physical contiguity and also functional continuity.

Any one room can be used also as a semi-private room (2 patients) or private (one bed and one sofa for the patient and his company). Every two rooms can be used as a luxurious private apartment.

Any room can be easily joined to the adjacent clinic which would not be possible when the different clinics are distributed throughout several floors. This flexibility permits 100% occupancy.

The concentration of 70 beds per floor, reduces the number of waiting rooms, stairs, elevators, stops, supervised entrances, pantries, Treatment rooms and bath rooms of which one of each kind is needed per floor, whether this floor has 15, 30 or 70 beds.

All rooms in spite of being located on opposite sides (North and South) enjoy the benefits of cross ventilation and sun exposure, by means of zenital openings, which open into the free space between floors.

**EFFICIENCY**

The "Pelotas Hospital" has complete facilities and expensive equipment. Due to the wide use planned for these diagnostic and treatment facilities, its considerable cost will be well paid off by its many customers. As the hospital should offer examinations as well as treatment at reasonable price, an intensive use and adequate volume of patients is necessary.

For this reason, the hospital was planned in such a way as to gather under the same roof 4 different types of patients: in-patients, out-patients, emergency patients, and patients from the consultation offices; all but the first are located on the same floor of the Diagnostic and Treatment Unit.

A large number of private consultation offices were planned for they offer the following:

- a) the patients will find gathered on the same floor, doctors of different specialties and all necessary facilities for examinations and treatment.

b) The doctors will be close enough to their hospitalized patients, will find it very convenient to exchange ideas with their doctor colleagues and will count on all necessary facilities.

c) the hospital will be assured permanent use of its facilities.

As the "Pelotas Hospital" will be prepared and equipped to attend acute patients, it is also ready to help doctors in giving out faster and safer diagnoses, thus determining faster cures. Reducing the time of the patients' stay in the hospital the turn-over of each bed will be increased, which means a big number of new patients for the hospital.

Considering an average stay of 10 days, the hospital will be able to attend about 60.000 patients per year and this accounts for the reasonable prices.

**NEW TRENDS AND FEATURES**

**Admission Service.** By this system all medical records start at Admission and all the moving about (steps) of patients will be supervised there.

In this hospital, the Admission Service is interconnected and centralized. It is located in the Administration unit in such a way as to permit the most rational, short and direct inter-relationships; it permits the registration of all kinds of patients (Private consultation office patients, in-patients, out-patients and emergency patients).

**NEW ROOMING-IN**

This type of nursery permits the direct supervision of the mother, if she so wishes. She will be in permanent contact with the baby without the increased costs of a common nursery. The nursery is planned alongside the corridor and rooms, separated from the latter by means of big windows.

Whenever the mother wishes, she can have the baby to nurse him "ad libidum".

**INTENSIVE CARE UNIT**

Its purpose is to give acute and critical cases permanent care, 24 hours a day, handled by registered nurses and doctors such as: medical clinic, emergency, out-patient department, post-delivery and post-surgery. It insures the maximum safety to the patient, doctor and hospital, besides offering the advantage of alliviating the hospitalization unit of its responsibility and avoiding the duplication of equipment now gathered in this center.

**STERILIZATION CENTER**

It makes possible to an specialized team to take care of all the sterilization required by the hospital. It aliviates the nursing wards, service stations at the out-patient department, emergency consultation offices, sub-sterilization rooms from the surgical and obstetrical units of having duplication of equipment and people for the sterilization of instruments, syringes and other material.

The use of the autoclaves and hot-air sterilizers instead of the boilers handled with the best technique in a specialized center, besides great economy also assures the desired safety.

**MENTAL WELL-BEING**

The humanization of hospitals includes several features, all of them found in this hospital. Silence, for one, (32 db at the patients'wards and 40 db at the working areas); colour schemes (colour therapy); music therapy, decoration of rooms and other departments as close as possible to a home atmosphere; all patients promptly taken care of always by the same nurse, whose station is only 20 feet away; motorized beds, in home-like position, favoring the early deambulation; glass panels disclosing to the patients the out-side world; private bath, living room and mess room on the same floor; rooming-in; dressing rooms and other features which make it possible for the family to keep company with their sick-ones while in the operation rooms, delivery room, intensive therapy unit, and other departments; recreation areas th help fight "hospitalism" of patients and personnel.

**STATISTICS**

**Economic, medico-social and cultural statistics of the State of São Paulo**

**A. T. L. GUIMARÃES** ..... 249

**NEWS FROM BRAZIL** ..... 255

**NEWS FROM ABROAD** ..... 263

**II. German Hospital Convention, XIII. International Congress of Occupational Health, III. Ibero-American Congress of Social Insurance, Medical Congresses, I. Conference of Latin-American Medical Schools.**

**American Hospital Association, American Academy of Hospital Administrators, Conferences on Sterilization in U.S.A., Conferences on Problems of the Doctor in Portugal, Arch. D. A. Goldfinch, Prof. Arnaldo de Moraes in Germany and the U. S., Philipps International Institute, Geriatric Unit in Basel (Switzerland), Benrath Hospital in Düsseldorf (Germany), Welwyn-Hatfield New Hospital (England), Guy's Hospital in London (England), Winnipeg Children's Hospital (Canada), Admission of Children in Company of their Mother in Yugoslavia.**

**STANDARDS**

**International Standard for Stretchers and their Supports**

**I. S. O.** ..... 265

**SOCIAL MEDICINE**

**Progresses of Medicine and Health Organization in Sweden**

**J. H. MEDEIROS** ..... 267

The author begins his exposition by tracing certain comments about the country, its wealth, its races, type of government and general organization.

After having presented an overall picture of Sweden, he presents the question of Public Health.

He points out the rules and aims of Swedish people, which are similar to other countries. However there is a great difference concerning the way of applying these principles, due to different characteristics of the country: a people with a very high standard of life, where the average culture is very satisfactory, where everybody knows how to read and write, and where the social sense is spontaneous due to the historical evolution of the country, and not imposed by violence or mystical ideologies.

The author goes on talking about the various problems concerning childhood, labourers and old people assistance.

He points out the subject of medical training in Sweden, specializations, the administrative organization of Public Health and he finishes his lecture by talking about hospitalization: number of beds, the contributions of clients entitled to medical care, and so on.

**REHABILITATION**

**Departments for Hospital Rehabilitation in the Netherlands** ..... 271

**NEWS FROM THE IPH (Institute for Hospital Development and Research)**

- Executive Body, Conference** ..... 273
- Commission for Medical and Statistical Recording Systems** ..... 274
- Commission for Sterilizing Ovens** ... 274
- Commission of Acoustics** ..... 276
- Regulations of the IPH** ..... 277
- Literature received** ..... 280

**LITERATURE**

- Manual of Routines for the Medical Records Section in a Hospital, Brazilian Legislation on Nursing, Initiation to Social Psychiatry** ..... 282
- Noises in the Wards, Pixigraphy, Report on the Study Tour of Hospitals in the German Federal Republic** .... 283
- The Study Group of Hospitals of the Medical Corporation of Barcelona and its Bulletin** ..... 283

**EXCERPT**

from the above-mentioned Bulletin n.º 3:

**Renovation in the Hospital Field** .... 284

**COOPERE COM O IPH NA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS HOSPITALARES**

OBS. São  
 Imprescindíveis  
 2 Fotografias  
 3 x 4 cm

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

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

1 — NOME INDIVIDUAL OU DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE .....

2 — NOME DA ENTIDADE .....

..... DIRETOR DA ENTIDADE .....

3 — ENDEREÇO DA ENTIDADE ..... CAIXA POSTAL ..... FONE .....

4 — ONDE TRABALHA ..... 5 — PROFISSÃO .....

6 — ENDEREÇO INDIVIDUAL .....

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

7 — ENDEREÇO PARA REMESSA DA REVISTA "HOSPITAL DE HOJE", ÓRGÃO OFICIAL DO IPH .....

8 — CURSOS, TÍTULOS, DIPLOMAS .....

9 — OBS. ....

10 — COMO PODE COOPERAR COM O IPH? ARTIGOS? ESTUDOS? SECÇÕES E COMISSÕES EM QUE DESEJA TRABALHAR (ASSINALE NO VERSO) .....

11 — DATA E CIDADE ..... 12 — ASSINATURA .....

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

**ANUIDADE: Cr\$300,00 - PARA SÓCIO INDIVIDUAL — Cr\$500,00 - PARA SÓCIO COLETIVO**

**Risque as palavras que não interessam!**

Prezados Senhores,

Tenho encontrado o seguinte problema:

.....

.....

.....

.....

.....

Experimentei com/sem sucesso total/parcial a seguinte solução:

.....

.....

.....

Peço me informar o que é conhecido a respeito. Peço que uma comissão técnica estude o problema. Estou disposto a fazer parte de tal comissão. Desejo ser informado do resultado deste estudo. Acho necessária uma perícia ou estudo experimental.

PREENCHA E NOS ENVIE O PRESENTE CARTÃO; SUA APRECIACÃO NOS FACILITARÁ A TAREFA DE MELHORAR A SUA REVISTA

O artigo publicado no vol. .... a página .....	É Mau	Interessante	Desinteressante	Ótimo	Bom	Questionável
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						
Pág. ....						

Assinale com uma cruz o seu juízo sobre cada parte da revista.

DESEJO PARTICIPAR DOS TRABALHOS DAS SEGUINTE COMISSÕES DO IPH:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade Médico Legal                | <input type="checkbox"/> Terminologia Hospitalar Luso-Brasileira |
| <input type="checkbox"/> Estufas para Esterilização                   | <input type="checkbox"/> Equipamento de Cozinha                  |
| <input type="checkbox"/> Plástico no Hospital                         | <input type="checkbox"/> Paredes removíveis                      |
| <input type="checkbox"/> Equipamentos de Lavandaria                   | <input type="checkbox"/> Pisos condutivos                        |
| <input type="checkbox"/> Padronização de Campos                       | <input type="checkbox"/> Dados Estatísticos                      |
| <input type="checkbox"/> Desinfetantes químicos                       | <input type="checkbox"/> Indicadores de Esterilidade             |
| <input type="checkbox"/> Tambores porta-seringas                      | <input type="checkbox"/> Enfermagem do Hospital Piloto           |
| <input type="checkbox"/> Padronização de Serviços de Centro Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Acústica                                |
| <input type="checkbox"/> Esterilização por ultra violeta              | <input type="checkbox"/> Laboratório                             |
| <input type="checkbox"/> Planta de Cozinha                            | <input type="checkbox"/> Ferragens de Portas                     |
| <input type="checkbox"/> Padronização de Prontuário                   | Sugiro a criação de mais as seguintes comissões:                 |
| <input type="checkbox"/> Instalações (diretrizes gerais)              | <input type="checkbox"/> .....                                   |

# 2

são as providências que solicitamos do prezado Sócio, a fim de podermos remeter-lhe, **sem interrupção**, "Hospital de Hoje" e as demais notícias do **I. P. H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares**

■ 1.º — Atualização ou confirmação do seu endereço, no verso dêste.

■ 2.º — Remessa, urgente, da sua **anuidade** do corrente ano, caso ainda não a tenha enviado, (por cheque, vale postal ou valor declarado).

**IMPORTANTE:** "HOSPITAL DE HOJE" SÓ SE DESTINA A SÓCIOS QUITES

Outras notícias:

Ilmo. Sr.  
 Diretor-Secretário do IPH  
 Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares  
 Rua Xavier de Toledo 210  
 Conjunto 64 - Fone 36-3889  
 SÃO PAULO

Outras sugestões:

Ilmo. Sr.  
 Diretor Geral de  
**HOSPITAL DE HOJE**  
 Rua Xavier de Toledo 210 cj. 64  
 SÃO PAULO

## H O S P I T A L D E A M A N H Ã

Em New Jersey está-se construindo um novo hospital, o St. Barnabas, que é apresentado como até certo ponto revolucionário em sua concepção. Afirmam os responsáveis por esse centro médico representar êle um conceito diferente em matéria de construção hospitalar.

A construção ergue-se na cidade de Newark e suas características exclusivas foram recentemente anunciadas e divulgadas pela imprensa especializada. Uma vantagem que logo salta à vista é que tanto a zona de admissão como a do cuidado intenso, a sala de cistoscopia, de fraturas, de recuperação e os laboratórios clínicos e radiológicos estarão situados no andar principal. Isto permitirá grande economia de tempo e trabalho.

Outra vantagem consiste em serem todos os pacientes agrupados de acôrdo com a intensidade de sua enfermidade, o que se tornará possível em vista da divisão do hospital em três zonas independentes: admissão, cuidado intenso e convalescença.

Na zona de admissão os pacientes serão conduzidos a uma sala privada ou semiprivada no andar principal, onde permanecerão até que se terminem os ensaios e reconhecimentos e se estabeleça o diagnóstico. Nesta zona os pacientes recém-admitidos não poderão ver os pacientes graves nem os que saem das salas de operação. Com isto se evitará que êles presenciem cenas capazes de os emocionar. Caso seja necessária uma operação, o enfermo é preparado na

zona de admissão e daí levado à sala de operação e depois à de recuperação, até que desapareçam os efeitos da anestesia.

Na zona de cuidado intenso, onde se mantêm os os pacientes cirúrgicos para prestar-lhes especial cuidado depois de saírem da sala de recuperação, permanecem os pacientes por horas ou dias, conforme o caso, sem custo adicional para êles. Os pacientes médicos terão sua sala de cuidado intenso em um andar separado.

No andar superior há a zona de convalescença, que abriga os pacientes que não precisam mais ficar na zona de cuidado intenso. Estará essa zona a cargo de um grupo de enfermeiras e nela não haverá restrições quanto a visitas, podendo os pacientes vestir-se por si mesmos e tomar suas refeições no quarto ou num refeitório comum.

As vantagens do sistema de três zonas são evidentes. Os pacientes recém-admitidos não sofrerão horas de apreensão, pois não verão pacientes graves nem cenas emocionalmente perturbadoras. Economiza-se ainda a energia dos pacientes, pois não haverá necessidade de transportá-los por elevadores a distâncias relativamente longas, em busca de salas de raios-X e laboratórios, ou às salas da zona de cuidado intenso. Poupa-se ainda tempo na ministração destes serviços diagnósticos e se reduz o número de dias que o paciente tem de permanecer no hospital, diminuindo o custo total da internação.

O local que contem a sala de operações, a de recuperação e a zona de cuidado intenso concentra os serviços das enfermeiras, os internos e os residentes num andar e na zona em que são mais necessários. Como resultado disso, acelera-se a atenção devida a cada doente com o maior grau de segurança e máximo emprêgo das facilidades do hospital no menor tempo possível. Na zona de cuidado intenso designa-se um médico privado para as 24 horas do dia, onde o médico atenderá a seus pacientes privados. Além do mais conservar-se-á, ao máximo o tempo dos técnicos de laboratório e raios-X, dos que aplicam injeções intravenosas e administram medicamentos, uma vez que a necessidade de seus serviços estará em íntima proximidade com as facilidades clínicas.

Será possível dispensar a necessidade das enfermeiras de serviço especial, o que economizará despesa ao paciente que ordinariamente necessite desses cuidados. Será possível atender a mais um terço de pacientes sem necessidade de aumentar o pessoal do hospital. Reduzir-se-ão os problemas decorrentes da insuficiência de pessoal profissional.

No andar principal do hospital se encontrará sempre pronta para uso toda sorte de aparelhagem para salvar vidas ou proteger os pacientes. E como tudo se encontra concentrado no mesmo andar, as economias correspondentes se refletirão nos custos de construção e equipamento.

Ocuparão andares distintos os departamentos de pe-

diatria e maternidade. Possuirá o hospital um auditório com televisão para fins educativos, assim como salas de aula e restaurante para o pessoal do hospital e visitantes.

Os serviços adicionais abrangerão uma clínica psicoterápica, departamento de pacientes externos, laboratórios de pesquisa, depósito de sangue, ossos, cartilagens e pele. Uma unidade especial visará proteger as crianças contra os tóxicos. Haverá facilidades para atender aos queimados, um serviço especial para a indústria, e ainda centros de reabilitação para fala, audiologia, lábios leporinos e outras anomalias, ensaios de aptidão, provas de inteligência, aplicação de testes projetivos etc.

Nesse novo centro se desenvolverão normalmente programas que visem a ensinar as pessoas a se manterem em boa saúde. O novo centro ocupará 240.000 metros quadrados em meio de terreno pitoresco e cheio de árvores. Será um hospital geral não sectário, sem objetivo de lucro e terá 400 leitos e 75 bêrços. Deverá ficar pronto em fins de 1959 ou começo de 1960.

O Sr. Barnabas Hospital começou em 1856, num prédio alugado e como instituição de caridade. E assim tem vivido, trabalhando sem lucro, até agora, quando vai inaugurar suas novas e belas instalações, que continuarão a servir a humanidade sem objetivo lucrativo.



CHESTER W. HOWE (M.D.)\*\*  
SIDNEY LISWOOD++  
MARK H. LEPPER (M.D.)+  
SARAH H. HARDWICKE (M.D.)\*\*\*

## DISCUSSÃO DOS PROBLEMAS MÉDICOS E ADMINISTRATIVOS LIGADOS AO CON- TROLE DE INFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS E OUTRAS INFECÇÕES EM HOSPITAIS \*

Contrariamente às esperanças de muitos, o problema de moléstia infecciosa em hospitais não foi eliminado com o advento dos antibióticos. Na verdade, a incidência de moléstias estafilocócicas e outras infecções em hospitais parece ter aumentado.

"Hospitals", órgão da American Hospital Association, recentemente convidou o Dr. Mark H. Lepper, professor de medicina preventiva do Colégio de Medicina da Universidade de Illinois; Dr. Chester W. Howe, professor adjunto de cirurgia na Escola de Medicina da Universidade de Boston, e Sidney Liswood, administrador do New Mount Sinai Hospital, de Toronto, a participar de um simpósio para examinar os fatores relacionados com a manutenção dos hospitais nas condições mais assépticas possíveis. O simpósio, realizado em Chicago, foi dirigido pela Dra. Sarah H. Hardwicke, secretária do Conselho de Prática profissional da American Hospital Association. Apresentamos uma transcrição desse simpósio, um pouco resumido. Uma extensa lista de referência, coligida pela banca, aparece no final.

\*) Com permissão de Hospitals, J.A.H.A., 16-VI-1957, XXXI:47

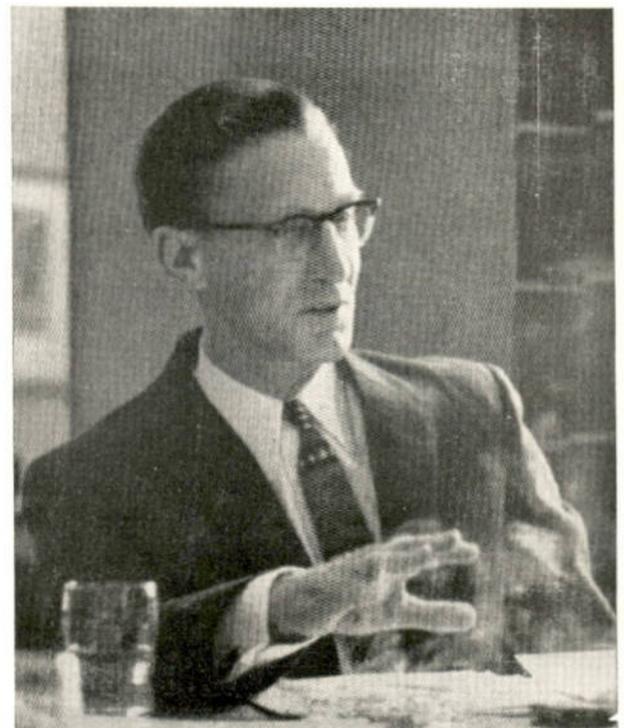
\*\*) professor adjunto de cirurgia na Escola de Medicina da Boston University, e cirurgião visitante nos Massachusetts Memorial Hospitals.

\*\*\*) secretária do Conselho de Prática Profissional da American Hospital Association.

+) professor de medicina preventiva e chefe desse departamento no Colégio de Medicina da Universidade de Illinois.

++) administrador do New Mount Sinai Hospital de Toronto.

Administrador Sr. Sidney Liswood



Presidente DRA. SARAH HARDWICKE — Seria boa idéia iniciarmos perguntando se temos problemas de infecção estafilocócica nos hospitais.

MR. SIDNEY LISWOOD — Se os relatórios estão corretos, não creio que haja um único hospital que não possua esta espécie de infecção. Uma instituição não muito longe de Toronto precisou fechar vários andares por causa de uma infecção endêmica estafilocócica aureus. Outra instituição precisou fazer o mesmo na província de Alberta.

DRA. HARDWICKE — Pelo que soube, lá o problema chegou a tal ponto, que o departamento de saúde tomou medidas oficiais.

MR. LISWOOD — O departamento de saúde e a Província de Ontário também.

DRA. HARDWICKE — Não precisamos falar só do Canadá. Sabemos que existe aqui mesmo nos Estados Unidos.



DR. CHESTER HOWE — Sim, penso que temos um problema definido aqui também. O que me pergunto é o quanto maior, se maior, é o problema agora, do que antes do advento dos antibióticos. Seguindo um declínio no índice de infecções após o advento dos antibióticos, talvez estejamos voltando aos níveis normais, ou mesmo superiores, à medida que germes resistentes se desenvolvem. Estou falando dos pacientes cirúrgicos, e neste caso aparecem muitos outros fatores além dos antibióticos, tais como o agente hospedeiro, operações mais demoradas em pacientes mais idosos, e novas técnicas que exigem pessoal diferente nas enfermarias e nas salas de operações.

Blowers na Inglaterra relatou o fato de um hospital que foi fechado devido à falta de assepsia e infecção estafilocócica post-operatória. Soube recentemente que dois hospitais no Texas foram fechados por essa razão. Pode-se mencionar inúmeros relatórios na literatura médica atestando que existe um problema sério. Mas penso que não devemos estar tão certos de que é somente uma enfermidade estafilocócica que aumentou, pois existem relatórios indicando que as infecções gram-negativas parecem também ter aumentado.

Aqui mesmo em Chicago, Jerome Landy e o bacteriologista do mesmo hospital, que foram dos primeiros a relatar o problema das moléstias estafilocócicas, estão agora informando que suas taxas de portadores de estafilococos em empregados e as taxas de infecções de feridas operatórias em pacientes diminuíram, e que os germes entericos, como eles os chamam, aumentaram.

MR. LISWOOD — O que se entende por gram-negativo?

DR. HOWE — O método de Gram é um método de diferenciar as bactérias. Algumas (gram-positivas) retêm os corantes quando tratadas com álcool após a coloração. Outras perdem a cor e são chamadas gram-negativas. Estou me referindo em particular à flora intestinal **Escherichia Coli, Aerobacter aerogenes, Pseudomonas, Proteus, etc.**

Outra noite em Boston, tivemos uma reunião na qual o Dr. Champ Lyons fez uma palestra sobre infecções cirúrgicas, tendo ele dito que no seu hospital a situação mudou. Conquanto há alguns anos atrás o estafilococo é que tinha realmente importância, atualmente são os gram-negativos a causa predominante de infecções.

Na mesma reunião, o Dr. Max Finland forneceu alguns dados que, embora preliminares e sujeitos a revisão mais tarde, foram surpreendentes. Pesquisou milhares de culturas no Boston City Hospital, e dividiu-as em períodos, começando antes de 1931, antes das sulfas, depois das sulfas, antes da penicilina e durante o período de uso desta. Verificou que as bacteremias gram-negativas aumentaram consideravelmente, e que a mortalidade proveniente das bacteremias gram-negativas também aumentaram proporcionalmente. De modo que, embora o problema estafilocócico tenha sido salientado na literatura médica, e acredito que seja provavelmente o predominante, este fenômeno de infecção crescente não está relacionado somente ao estafilococo, e não é o mesmo em todos os hospitais. Varia de acordo com muitos fatores, incluindo-se o tipo de antibiótico usado com frequência em tal hospital e por um dado período. Mas é um fenômeno que compreende outras espécies de germes além do estafilococo. Concorda, Dr. Lepper?



DR. MARK LEPPER — Cem por cento. Penso eu que parte da dificuldade está no emprêgo de novos processos, que em 1940 não teríamos pensado em usar. Muitos dos métodos foram inventados por causa do relativo controle dos germes virulentos. Muito do que costumávamos atribuir aos germes altamente virulentos era devido à impossibilidade de isolar os germes causadores. Por exemplo, deixámos de identificar o germe em certas situações. Posso me lembrar de muitos casos no passado que foram do mesmo tipo de infecção que estamos vendo atualmente, mas que só agora são de origem evidente. É difícil dizer se o estafilococo está realmente diminuindo e as taxas de bacilo gram-negativo estão aumentando, ou se apenas estamos mais a par da situação.

A razão pela qual um hospital tem um surto muito mais acentuado enquanto outros seguem razoavelmente bem, é que provavelmente é devido a um germe mais virulento.

Penso que esta diferença de virulência do gérme também se verifica nos bacilos gram-negativos. Todo paciente, enquanto está no hospital, traz em si uma enorme quantidade de germes gram-negativos. De vez em quando tem-se um caso que realmente dá trabalho. Por exemplo, a maioria das crianças com a moléstia fibrocística do pâncreas, associada com infecções pulmonares, tem

complicações com infecção estafilocócica. E frequentemente morrem com infecção pulmonar estafilocócica.

Contudo, por algum tempo no nosso hospital tivemos quase que exclusivamente dificuldades com infecções pulmonares de pseudomonas nessas crianças, logo depois da introdução de tetraciclina.

DRA. HARDWICKE — Já ouvi dizer que grande parte das cirurgias do coração hoje em dia tornam-se impossíveis por causa das infecções estafilocócicas ou infecções com outros germes. E que não seríamos capazes de uma produção de antibióticos que pudesse controlar essas espécies resistentes. Será essa afirmação apenas para assustar, ou será realmente séria?

DR. LEPPER — Não sou pessimista a esse ponto. Suponho que o que aconteceu é que a propagação do estafilococo está no seu auge agora. Não creio que estejamos obtendo espécies de virulência crescente, porque estamos agora cultivando as espécies de maneira muito mais completa. É só olharmos para as culturas de nariz e garganta que os encarregados estão fazendo, e veremos como todos estão tratando de colher todos os estafilococos possíveis. A menos que haja uma virulência crescente nos germes, por causa da transferência frequente entre doentes e encarregados, não creio que a questão tenda a piorar muito.

DRA. HARDWICKE — Podemos então manter a produção de novos antibióticos. Provavelmente não atingirão essas espécies resistentes.

DR. LEPPER — Não creio que seja isso o que estamos fazendo. Penso que felizmente mesmo os estafilococos virulentos são patogênicos somente para certos grupos de doentes. O que estamos tentando fazer é reduzir ao mínimo o número de doentes, protegendo-os do estafilococo; quanto aos que já o apanharam, estamos tentando tratá-los com sucesso. Não creio que chegará o dia em que cem por cento da população tenha infecção estafilocócica, ou que cem por cento de qualquer grupo de trabalho também a tenha. Será sempre um pequeno grupo.

DR. HOWE — Penso que o estafilococo está tão disseminado, tão omnipresente, é uma parte tão inerente da vida, que o homem sempre viveu e viverá com ele, e que a simples presença desses germes por toda a parte não significa necessariamente que devemos exterminá-los a todos, e achar que podemos nos livrar assim de uma situação desagradável. Onde quer que se tenha uma moléstia estafilocócica, algo ocorreu perturbando o equilíbrio entre o germe e o hospedeiro, aconteceu alguma coisa no germe ou no hospedeiro. Há certa predisposição no hospedeiro que o faz adquirir a moléstia. O germe está disseminado — mesmo assim a moléstia é rara até que a infecção ativa se introduza no ambiente.

Suspeitamos que num ou outro hospital, em situações especiais, haja pequenos surtos de moléstia estafilocócica, e que isso ocorra mais hoje em dia do que antes. Porém, é possível achar-se relatórios de epidemias de magnitude igual antes dos dias dos antibióticos, embora não haja muitos dados exatos sobre isso. Podemos dar dados sobre o que aconteceu em nosso hospital desde 1949, quando a taxa de infecção para casos de feridas "limpas" era de aproximadamente um por cento.

Durante os cinco anos seguintes, até 1954, nossa taxa de infecção cresceu gradualmente em uma progressão estatística bem significativa até atingir 4%. Compreendia tanto as infecções graves como as ligeiras. Nessa época iniciamos um programa, que reputamos eficiente, para reduzir a taxa de portadores de germes. Atribuímos grande parte das complicações a uma elevada taxa de portador de germes estafilococos, porque em 1953 era noventa e nove por cento para o estafilococo aureo nos pacientes e no pessoal. Durante os dois anos seguintes, depois da introdução desse programa preventivo, a nossa taxa de infecção foi reduzida à metade, e a nossa taxa de portador desceu para setenta e cinco por cento em 1955, e cinquenta e dois por cento em 1956. Acreditamos então que havíamos obtido algo. Mas em 1956, quando a nossa taxa de portador estava decrescendo, a taxa de infecção tornou a subir. Esta divergência de curvas le-

vou-nos a uma importante questão definida por Barber e Burston e outros. É a seguinte: é a taxa do portador a causa ou o reflexo dessas infecções? Como sabem, o Dr. Barber apresentou informes duma elevada taxa de portador entre as enfermeiras de uma maternidade. Por ela, verificou-se que os estafilococos estavam passando das narinas das enfermeiras para as dos recém-nascidos, até que todos estes se acharam atingidos pelos germes. Porém, mesmo assim, nenhuma infecção, nenhuma moléstia ocorreu até que uma enfermeira veio trabalhar com um furunculo aberto.

DR. LEPPER — Uma criança foi admitida em nosso hospital com grave impetigo bulloso, provavelmente adquirido no berçário de recém-nascidos em um hospital qualquer, e os germes tinham todas as características que temos visto naquele hospital. Dentro de quatro semanas, tínhamos três enfermeiras com infecções de pele. Tínhamos quatro bebês com diarreia. Tínhamos um paciente com dermatite exfoliativa e que pegou endocardite, todos com esse tipo fagico — primeira e única vez que vimos esse tipo no hospital. Este caso foi uma introdução boa e clara de um germe virulento, e devido ao ambiente propício, este germe começou a se espalhar muito rapidamente pelas mesmas vias dos outros germes.

DRA. HARDWICKE — Qual é o grau de gravidade quando o paciente apanha isso? É coisa sem importância ou alguns desses doentes têm complicações graves?

DR. LEPPER — Alguns doentes têm infecção fatal. Outros têm infecções com graves consequências, tais como lesões cardíacas. Em minha vida profissional, não me lembro de ter visto osteomielite adquirida de infecção hospitalar. Vi graves abscessos adquiridos, que foram difíceis de tratar — abscessos de tecidos moles, e lesão pulmonar permanente, a ponto de termos que fazer uma ressecção da seção necrotica do pulmão.

DRA. HARDWICKE — É frequente essa ocorrência? Houve alguma vez um decréscimo da taxa de mortalidade por infecção estafilocócica, e então um novo aumento?

DR. HOWE — Em relação à bacteremia, há alguns dados que os Drs. Wilson e Hamburger acabaram de publicar, e outros do Dr. W. Spink, que indicam mais ou menos o seguinte: antes dos antibióticos, a taxa de mortalidade por bacteremia estafilocócica era de cerca de setenta e cinco a oitenta por cento, e depois da introdução dos antibióticos, caiu até ao redor de vinte e seis por cento. Recentemente subiu de novo, e a maioria dos relatórios mostram um valor de cerca de sessenta por cento.

DRA. HARDWICKE — Podemos chegar a um cálculo aproximado da gravidade disso? Em outras palavras, esses casos fatais de endocardite bacteriana são raros, ou são em número suficiente para nos preocupar realmente quando começarmos a ter dificuldades com os estafilococos em nosso hospital?

DR. HOWE — Em cirurgia é importante, tanto do ponto de vista médico, como econômico. Se um paciente sofre extirpação da vesícula biliar, ele espera em geral ter alta no décimo dia. Porém, se pega uma infecção post-operatória na lesão com um estafilococo que produz uma toxina necrosante no tecido, o corte precisa ser aberto, há uma outra anestesia com todos os riscos que esta traz, e ele necessita de um longo período de curativos post-operatórios. Terá que permanecer no hospital de uma semana a um mês, com diárias de doze a trinta dolares. Isso pode ser um terrível transtorno financeiro para ele ou para o hospital. Em seguida, ele pode ter uma hernia resultante disso. Se sobreviver e não pegar septicemia, é preciso voltar e tomar outra anestesia e outra operação para a hernia.

Penso que é realmente sério quando ocorre uma grave infecção, e estas ocorrem em cerca de um a três por cento dos casos em nosso hospital, especialmente nos serviços internos (house service), que têm um número maior de pacientes mais idosos e debilitados, com pouca resistência. Há motivos para acreditar que em muitos hospitais a taxa de infecção é muito mais alta que a nossa.

MR. LISWOOD — Folgo em saber que a profissão médica está tão preocupada com os aspectos sociais e economicos, como o administrador de hospital.

DR. HOWE — Uma lesão infectada na enfermaria, fonte de bacterias é mais importante do que o número de portadores, porque, mesmo sob as melhores condições, há sempre portadores espalhados em número suficiente para apanhar e disseminar um germe virulento, e as infecções tendem a aparecer em pequenos grupos originados de um só caso. Creio que mais importante que o verdadeiro número de portadores é a espécie de germe que êle está carregando e a sua virulência, pois cinquenta por cento das pessoas vão ser portadores de qualquer maneira.

DRA. HARDWICKE — Resumindo o que foi dito, êste é um assunto grave do ponto de vista do doente individual, e acho que o que o senhor disse é que temos realmente um número suficiente dessas infecções relativamente graves, criando um problema com o qual devemos nos preocupar seriamente.

Gostaria de saber se podemos continuar a falar um pouco mais sobre as causas de infecção dos grupos de doentes que temos no hospital. Quais são os casos que têm a probabilidade de apresentar e disseminar uma infecção?

DR. LEPPER — Isso varia naturalmente com o tipo de doente que se está tratando. É realmente verdade que o paciente de enfermaria cirúrgica que mostrou predisposição para ter um germe virulento e que tenha tido uma lesão infecciosa, é um elemento perigoso. Se esta vai se transmitir por meio do ar até o paciente no leito ao lado, ou se será transmitida indiretamente pelo pessoal, ou por ambos os modos, isso ainda não sabemos. Não temos ainda dados corretos que indiquem qual o fator mais importante, porém acho que um doente como êsse é um foco importante.

Nas enfermarias médicas vemos que o foco frequentemente é um portador ou doente que tenha tido por exemplo, enterite. Êsses casos tendem a aparecer em grupos e em um único hospital. Supõe-se que elevado número de casos de enterite estafilocócica são devidos a um único tipo fágico. Como se espalham, não se sabe. Provavelmente por via indireta.

Recentemente fizemos um elaborado estudo em nossos pacientes com traqueotomias. Os nossos doentes de poliomielite estavam adquirindo uma quantidade regular de estafilococos. Isolamos quatro doentes em um quarto, vigiando a entrada por vinte e quatro horas, fazendo cultura dos germes de todas as pessoas que entravam e saiam do quarto. Tiramos amostras do ar e fizemos culturas dos pacientes diariamente, para ver quando êles adquiriam os estafilococos ou qualquer outro germe.

Nesse local obtivemos uma quantidade razoável de dados sobre os bacilos gram-negativos. Verificou-se que nesse tipo de doente os bacilos se espalham de modo bem semelhante aos estafilococos. Na maioria dos casos achamos que o tipo fágico que aparecia na traqueotomia de um doente pela primeira vez e daí por diante ali ficava, com um grau variavel de sintomatologia, invariavelmente estava presente em algum dos encarregados que entrar no quarto na véspera. E começamos a encontrá-lo em objetos como o **cateter** utilizado para aspirar o tubo da traqueotomia. Ocasionalmente podíamos encontrá-lo no ar do quarto, mas na maioria das vezes penso que o pessoal o estava transmitindo por contacto. Não ficou esclarecido se êles originalmente o contraíam de um doente.

Tivemos muitos casos de um novo tipo **fágico** que apareceu no hospital, porém não pudemos descobrir quem o trouxe. Isso porque nem sempre estavam com todos os doentes em observação; muitas vezes, devido ao acúmulo de serviço, só lidavamos com metade deles. E é possível que tenhamos perdido a introdução da nova espécie na metade em que não fizemos cultura.

MR. LISWOOD — Quando se fala em foco não será também verdade que hoje, com o índice cada vez mais elevado de hospitalização, estamos localizando mais gente doente e concen-

trando êstes germes em um quarto ou em um prédio, enquanto que há dez anos atrás a moléstia estava geograficamente mais espalhada pela comunidade?

Embora essas moléstias estejam concentradas no hospital e em seguida é que se projetam na comunidade, penso que o contrário também ocorre. A comunidade as traz também para o hospital, não só por meio de doentes admitidos em condições tais que não seriam aceitos dez ou quinze anos atrás, como também por meio das visitas.

Muita coisa que hoje em dia é feita no hospital, antigamente o era no consultório do médico. Deve-se isso a várias razões — a Cruz Azul, a facilidade de hospitalização, o fato do hospital vir se tornando mais popular, centralização de prática do médico. Tudo isso contribue para a maior utilização do hospital.

DRA. HARDWICKE — Poderia o senhor, Dr. Lepper, fazer comentários sobre outras fontes de infecção? Refiro-me, por exemplo, aos casos de crianças com eczema, cuja pele em erupção deve ser mais tratada como caso de eczema propriamente dito, do que como uma possível fonte de infecção. Ou caso de dermatites no adulto, ou outros casos quaisquer no hospital ou enfermaria.

DR. LEPPER — Penso que são casos importantes, estejam infectados ou não. Creio que o ponto de vista do Dr. Howe é que em todo o paciente que tenha uma infecção, esta é de uma especie virulenta. Se pode disseminar uma espécie virulenta, então é um caso de importância. Pessoas com dermatite esfoliativa infeccionada por uma espécie virulenta, geralmente vêm ao hospital porque estão bem doentes, e também possuem uma capacidade marcante de espalhar germes, simplesmente por estarem descamando estafilococos junto com a pele. Isso quer dizer que realmente podem espalhar imensa quantidade de estafilococos, e frequentemente de estafilococos muito virulentos.

DRA. HARDWICKE — Temos talvez três grupos principais — feridas drenadas, o grupo enterocolite e os que descamam pele. Existem outros?

DR. LEPPER — Inclino-me a manter os portadores de germes em lugar de destaque, não porque sejam importantes quantitativamente, mas é que entre êles existem os que os contraíram recentemente.

Penso que a situação de envenenamento alimentar na comunidade é bem semelhante. Trinta por cento dos manipuladores de alimentos provavelmente são portadores de estafilococos na garganta ou no nariz. Mesmo assim só vemos surtos estafilocócicos por meio de alimentos uma vez ou outra, e frequentemente quando aparecem verifica-se que a pessoa que preparou os alimentos tinha um pequeno furúnculo na mão ou no pescoço, ou outro lugar, que apresentava germes com uma virulência potencial mais do que a média.

Penso que muito disso é questão de sorte, do mesmo modo que nas infecções cirúrgicas. Temos, por exemplo, o médico que está cuidando de muitos doentes. Não há infecções em cem por cento dos seus doentes. Talvez haja infecções em cinco ou dez.

MR. LISWOOD — A população do hospital hoje em dia, em comparação com dez ou quinze anos atrás, é muito mais idosa e mais susceptível às infecções.

DR. HOWE — Temos alguns dados sobre isso. Quando eu era médico interno, tínhamos geralmente vários pacientes jovens e fortes com hérnias e operações relativamente simples. Hoje a maioria dêsse pessoal estão sob os cuidados da Blue Shield e da Blue Cross nos hospitais menores. A maioria dos casos que temos hoje no hospital da Universidade são problemas de diagnóstico difícil, pacientes mais idosos com moléstias metabólicas, cancer, ou moléstias degenerativas. Sinto-me inclinado a atribuir parte de nossas dificuldades a êsse fato. Quando os analisamos, verifiquei que — penso que por um período de oito anos — cerca de quinze por cento das novas infecções estafilocócicas de gravidade apareciam em pacientes de quarenta anos ou menos, e

cêrca de trinta e sete por cento em pacientes de 50 anos ou menos, e sessenta e três por cento eram de 51 anos ou mais idosos.

Naturalmente qualquer paciente cirúrgico tem a resistência alterada, mesmo que seja jovem e forte, de acôrdo com o trauma da operação, a anestesia, a fase post-operatória. Tudo isso altera a resistência do hospedeiro.

Não quero dizer que subestimo o fator portador de germes, Dr. Lepper. Também não quero dizer que não tenha influencia nas infecções cruzadas ou mesmo afete a taxa de infecção. Porém, estava tentando explicar que determinada espécie e a sua virulência são mais importantes que o verdadeiro número de portadores, e sempre existiram antes dos antibióticos.

DRA. HARDWICKE — Em outras palavras, é mais importante evitar a disseminação de uma espécie virulenta do que de uma não virulenta?

DR. LEPPER — Observando os portadores de germes, acredito que se possa medir a eficiência do contrôle do potencial de disseminação, e nunca se sabe em que dia começará a se espalhar um germe virulento. O potencial para disseminar está aí.

Penso que em geral quanto mais sucesso se tem em prevenir uma infecção, tanto mais baixa será a taxa de portadores de germes, embora tenha a certeza de que ocorrerão discrepâncias, e de vez em quando haverá uma que desorientará todos.

DR. HOWE — Creio que o senhor concorda, Dr. Lepper, com o que sugeriu Barber, que o estafilococo é capaz de se tornar mais virulento quando está em uma lesão. O senhor acha que o mesmo estafilococo, depois de penetrar no portador e após decorrido algum tempo, possa perder algo de sua virulência?

DR. LEPPER — Certamente que acredito isso ser possível, mas não sei de uma boa evidência, pois não sabemos como medir o fator virulência. Excelentes estudos no exército demonstraram a do estreptococo naturalmente.

DRA. HARDWICKE — Gostaria o senhor de fazer alguns comentários sôbre os recém-nascidos e sua resistência?

DR. LEPPER — Certamente o recém-nascido, principalmente os prematuros, são muito susceptíveis a essas infecções. Penso que o Dr. Schaeffer fez um excelente trabalho, indicando a frequência com que estão ocorrendo os surtos de doenças nos berçários. Observando-se com cuidado os doentes depois da sua alta, percebe-se o que está acontecendo ao ver que mais tarde êles exteriorizam a infecção. Dr. Schaeffer demonstrou que há um elevado grau de especificidade neste tipo de infecção.

MR. LISWOOD — Será justo dizer que hoje o problema de infecção em berçários de recém-nascidos de hospitais é muito menor do que o da população do hospital geral? A experiência em nosso hospital sem dúvida indica isso. Não sei, porém, quão genérica é essa experiência.

DR. HOWE — Há alguns anos atrás houve uma série de artigos sôbre a mastite estafilocócica nos recém-nascidos e nos abscessos mamários em mulheres, causados por um certo tipo fagico, 52A penso eu. Atualmente não se ouve falar muito disso.

Uma grande porção deve ser parte de um ciclo flutuante, no qual as ondas de infecção se espalham pelo país.

DR. LEPPER — Penso que é quase impossível dizer que há maior ou menor infecção em berçários de recém-nascidos, porque não se pode definir bem o número dos que estão sujeitos à infecção.

MR. LISWOOD — A pergunta que fiz foi uma pergunta direta.

DR. LEPPER — O que o senhor gostaria de saber é se em nosso berçário de recém-nascidos temos técnicas que são bem sucedidas?

MR. LISWOOD — As autoridades de saúde pública obrigam a preocuparmo-nos com o berçário de recém-nascidos, e estamos

compreensivelmente interessados em proteger uma vida recém-criada. Como resultado, erigimos certas proteções e certas barreiras que não existem, ou só existem em parte, no resto do hospital.

Abandonámos o berçário de 60 berços, e estamos agora com um de 10 berços, e estabelecemos medidas preventivas facilitadas por esta redução.

DR. LEPPER — Por razões semelhantes, nós também medimos a infecção muito melhor no berçário de recém-nascidos. Por isso, quando dizemos que houve grande número de casos nos berçários de recém-nascidos, um dos motivos é que reconhecemos o fato e não creio que possamos realmente generalizar uma situação comum de enfermaria. A gravidade da infecção é também um tanto diferente. Se, por exemplo, um recém-nascido apanha um grave impetigo, pode até contrair uma infecção fatal; mas se uma criança de seis anos deixa o pavilhão de pediatria e vai para casa, lá aparecendo com impetigo uma semana depois, ninguém vai se preocupar muito com isso.

Por essa razão torna-se impossível dizer quão eficientes são os métodos do berçário.

DR. HOWE — Não creio que as moléstias estafilocócicas estejam limitadas a algum grupo de pacientes ou a alguma especialidade. Já têm causado doenças em todos os sistemas do corpo. Pelo fato de minha atenção se focalizar em lesões, é possível que eu tenha um ponto de vista diferente sobre o caso, porém esta é uma moléstia que se dissemina, afetando praticamente todos os tecidos.

DRA. HARDWICKE — O senhor concorda com isso, Dr. Lepper?

DR. LEPPER — Concordo. Penso que um dos campos que apresenta alguma importância, e sobre o qual muito pouco foi dito, são as infecções crônicas do aparelho urinário em todos os grupos de indivíduos. Além dos bacilos gram-negativos, os estafilococos são germes importantes no caso, principalmente no diabete. A infecção pulmonar é outro campo que nos tem impressionado em seus aspectos médicos — o individuo com moléstia pulmonar crônica, por exemplo, crianças com moléstia fibrocística, e adultos com bronquiectasia.

O senhor tem uma situação semelhante na atelectasia post-operatória, não é?

DR. HOWE — Muito frequentemente numa atelectasia post-operatória com pneumonite pode-se fazer cultura do estafilococo da saliva, e tivemos alguns casos fatais. Costumava ser chamada pneumonia post-operatória, o que era provavelmente atelectasia com pneumonite secundária. Agora o germe mais comum é o estafilococo. Presumo que se algum outro germe for o predominante no ambiente, ter-se-ia ainda assim a pneumonite, porém com outro germe predominante.

DRA. HARDWICKE — Poderíamos falar sôbre uma enfermaria de doentes sem especificar se estamos falando de cirurgia, pediatria ou medicina? Talvez devamos considerar que algumas das coisas que fazemos lá devam estar relacionadas com um estafilococo virulento se tornar infeccioso ou não.

MR. LISWOOD — Penso que devemos supor que todo o ambiente do doente está contaminado com tôdas as espécies de germes estafilococos e outros. Sei pela experiência que tivemos em nosso hospital, quando começamos a lidar com isso, que não havia nada que o paciente estivesse usando que não contivesse germes por dentro e por fora. Os utensílios, as bacias, os urinóis, os cobertores, as cortinas, o soalho, tudo estava contaminado. Esta é a suposição que penso que devemos fazer, e devemos trabalhar com êsse fato de modo a crear barreiras à contaminação cruzada (indireta).

Certamente tôdas as pessoas que cuidam dos pacientes — não incluo só as enfermeiras — podem estar contaminados, como contaminados podem estar até a vassoura e o esfregão. Simplesmente

isso não ocorre só na sala de operações. Ocorre também nas enfermarias.

DRA. HARDWICKE — Temos, por exemplo, Mr. X, administrador do Memorial Hospital, que possui 75 leitos. Acabou-se há pouco tempo em seu hospital um pequeno surto estafilocócico, e tudo parece estar sob controle. Agora ele está encarando o problema, tentando como preveni-lo.

Ele não quer ter outro surto desses na semana seguinte ou daqui a quinze dias. Começa então a examinar tudo que está sendo feito a respeito, com seus amigos do corpo médico, com as enfermeiras, com os encarregados da limpeza e com a lavanderia.

Quais são as coisas que devem ser investigadas nesse caso? Quais as medidas de rotina a tomar, as medidas mínimas a exigir? O que poderia causar complicações se não fosse adotado?

DR. HOWE — Como estou no campo de cirurgia, o que vou dizer se relaciona com isso. Por favor, não me interpretem mal. O que eu quero dizer é que os fatores de limpeza e arrumação do prédio, a taxa de portador de germes, o meio ambiente geral do hospital, nada disso é importante. O único e primordial fator na prevenção de infecções de lesões cirúrgicas é a técnica de operação. Um corte que é cuidado com suavidade, sem trauma, e é fechado com hemostasia precisa, sem tensão e sem espaço morto, sem corpos estranhos e com um número mínimo de células necróticas, esse corte raramente se infectará.

Todos os cortes são contaminados no ato operatório, mesmo sob as melhores condições, portanto é uma questão de grau apenas. O quanto se contamina, se se infecta ou não, depende mais da técnica cirúrgica do que de qualquer outro fator isolado.

O emprêgo profilático dos antibióticos sutilmente tende a causar a deterioração na técnica cirúrgica. Mesmo que se empregue uma boa técnica, haverá algumas infecções, que envolverão todo o hospital.

Quais são as coisas importantes a fazer? A primeira coisa que me ocorre, uma vez que o estafilococo tem o dom da ubiquidade — creio que com adequadas técnicas de Cultura podemos encontrá-lo em todas as partes do hospital — é reconhecer que uma infecção ativa contém uma espécie virulenta, e depois impedir que essa espécie se espalhe e contamine o hospital todo. Desse modo, a primeira linha de defesa é uma certa forma de isolamento, se for possível. Em nosso hospital seria muito difícil isolar cada infecção estafilocócica.

DRA. HARDWICKE — Isolamento do caso infectado?

DR. HOWE — Sim. Assim que um ferimento é considerado infectado, isole-se o paciente. Ou pelo menos ponha-se uma atadura oclusiva no ferimento.

DRA. HARDWICKE — Podemos voltar à sala de operação onde começamos com um doente que teve um corte meticulosamente cuidado, que o senhor mencionou. Mesmo assim, creio que o senhor disse ser possível que esse paciente contrairia infecção na sala de operações, por meio de um estafilococo virulento, e se encontre em dificuldades. O que poderemos fazer para evitar que esse corte tão meticulosamente cuidado se infecte com a espécie virulenta?

DR. HOWE — Há tanta coisa, que duvido que teríamos tempo de enumerá-las todas esta tarde. Incluiria todas as técnicas relacionadas com o preparo e esterilização de instrumentos, luvas e tudo que for de pano. Involva a limpeza, preparação de toalhas, sistema de ventilação, pressão positiva ou negativa na sala de operação, direção de corrente de ar, movimento de pessoas na sala. Tem a ver com os tipos de esterilizadores, se há uma provisão adequada para o ar e produtos de condensação. Em outras palavras, se o equipamento de esterilização é adequadamente construído.

Tem a ver com os portadores de germes na sala de operações, com o número de pessoas que entram, técnicas de anestesia, preparação de aparelhagem de anestesia.

MR. LISWOOD — A questão foi muito bem explicada.

DR. HOWE — Poderíamos pensar em muitos outros fatores. É necessário haver contínua vigilância de todas essas coisas sob certa espécie de rotina, para se corrigirem os erros das pessoas e os defeitos de técnica.

DRA. HARDWICKE — Seria útil se pudessemos falar sobre alguns desses fatores. Digamos que vai haver uma operação em nosso hospital, e o Dr. X, cirurgião que está nos visitando e que reside a 900 quilômetros de distância quer assistir. Que se deve exigir dele quando penetrar na sala de operações? Pode ele usar seu terno de rua sob o avental?

DR. HOWE — De modo nenhum. Naturalmente haveria a dúvida se o deixariamos entrar ou não, porém creio que acabariamos permitindo.

DR. LEPPER — Uma das grandes vantagens da televisão.

DR. HOWE — Temos anfiteatros de observação, mas o médico quer mesmo estar em baixo. Quer conversar com o cirurgião e fazer perguntas. Se ele próprio for um cirurgião, estará a par das técnicas de sala de operações e não contaminará coisa alguma. Precisará trocar de sapatos e roupas e vestir um avental de operação.

MR. LISWOOD — Todo hospital deve estabelecer normas, de modo que aqueles que entram na sala de operações entrem no teatro de operação por fora. Quero dizer com isso que eles devem entrar na ante-sala dos cirurgiões — onde tirarão as roupas e porão os aventais — não passando pelo anfiteatro, mas por um corredor externo. Devemos desencorajar os "penetras" o mais possível.

DRA. HARDWICKE — Em outras palavras, não se quer ninguém andando pelos conjuntos de salas de operação antes que estejam com a indumentária apropriada.

MR. LISWOOD — O sistema de máscaras é um método.

DR. HOWE — Provavelmente mais germes são transmitidos por meio de roupas do que pelo nariz.

Um fator de importância na disseminação de germes é por meio de perdigotos, quando se fala. Pessoas que são portadores de germes pelo nariz frequentemente também o são pela pele. Estudos feitos por Duguid e Wallace demonstraram claramente que um portador de germes transmite mais estafilococos por meio de roupas e por fricção, do que por um espirro sem máscara; portanto, uma indumentária apropriada é primordial. Se pusermos um cirurgião dentro duma roupa impermeável fechada com zíper, e untarmos suas partes expostas, ele de modo nenhum espalhará germes. Porém, naturalmente isso é impraticável.

DRA. HARDWICKE — Vamos supor um indeterminado Dr. Y. É um cirurgião muito hábil, que está com um paciente em estado gravíssimo, precisando de uma operação. Dr. Y é portador de grande quantidade do que acreditamos ser um estafilococo virulento em suas narinas. Suponhamos que seja absolutamente necessário que ele faça a operação. Como lidaria o senhor com um caso desses em seu hospital?

DR. HOWE — Se estiver resfriado, não deveria operar. Deveria arranjar outro colega, pois há evidência de que as infecções estafilocócicas podem seguir-se a surtos de moléstias de vírus, e o resfriado é uma delas. Portanto, se ele estiver resfriado, provavelmente não deveria operar.

MR. LISWOOD — Quem é que vai lhe dizer para não operar?

DR. HOWE — Ele próprio deveria sabê-lo, e desistir voluntariamente. Os portadores espalham os germes de muitos modos. Alguns possuem colonias mais abundantes em membranas mucosas do que outros. Pode ser que ele não esteja neste caso. Eu não o deixaria de lado pelo simples fato de ele ser um portador.

DRA. HARDWICKE — Suponhamos que o seu caso não seja para tanto preocupação, e finalmente o senhor decide deixá-lo operar, porém tomando precauções especiais.

DR. HOWE — Se for uma emergência e ele o único operador, não há outra alternativa. Em primeiro lugar, eu lhe pediria que, em lugar de esfregar-se por três minutos, que o fizesse por dez. Se ele quiser usar um sabonete antisséptico, será muito melhor. Deve esfregar-se muito bem e meticulosamente. Pediria também a ele que usasse duas máscaras, uma sobre a outra.

DRA. HARDWICKE — Qualquer tipo de máscara?

DR. HOWE — Um tipo que cobrisse completamente nariz e boca, e . . .

MR. LISWOOD — E trocá-la quantas vezes?

DR. HOWE — Não sei dizer precisamente quantas vezes, porém digamos que a troque frequentemente. Se estiver resfriado, talvez cada meia hora. Ele pode se inclinar, e a enfermeira que está circulando o ajudará.

Temos elementos para demonstrar que essas máscaras se tornam permeáveis com culturas quase puras de estafilococos nos portadores muito carregados. A máscara externa contém muito menos que a interna. Fizemos culturas de todas as superfícies dessas duas máscaras. Há muita discussão sobre se as máscaras impermeáveis são melhores do que as de tecido de malha e filtro. Já foi demonstrado que a máscara impermeável, embora evite perdigotos diretos na frente, traz uma maior corrente de germes, e portanto contamina mais o ar do que a de filtro.

Se o cirurgião está espalhando estafilococos diretamente pelas narinas até o corte, talvez nesse caso a máscara impermeável fosse melhor. Mas se não está, talvez a de filtro então fosse melhor. Estou certo de que, se o cirurgião contaminado fortemente vai mesmo operar, é melhor que use duas máscaras e as troque frequentemente. Estas máscaras, na melhor das hipóteses, são ineficientes. Existem alguns tipos bons no comércio, porém não são práticas para serem usadas na sala de operação.

Existem as máscaras que cobrem tudo, exceto os olhos. O oxigênio precisa entrar por meio de um tubo. Imagine se estivessem seis pessoas numa sala, todos com os tubos ligados, e alguém diz: "Alguém está fechando o meu ar. Queira sair do meu tubo". Para ser prático, o uso de máscaras deve ser simples. Penso que há campo para muito trabalho sobre esse assunto.

DRA. HARDWICKE — Embora muitas salas de operação não as usem, eu já vi máscaras "**deflector**" serem utilizadas em berçários e outros pavilhões de doentes. Não é uma boa ideia?

DR. LEPPER — Não estou certo. Já salientamos que o pessoal que trabalha em berçários não deve colocar máscara de gaze e usa-la o dia todo. Naturalmente, ao fim do dia ela não será mais eficiente. Se uma máscara "**deflector**" é usada, há menos probabilidade de se saturar completamente tão depressa. Penso que a troca frequente é mais importante do que o "**deflector**" na própria máscara.

DRA. HARDWICKE — O que acha da máscara vista tão frequentemente pendurada ao pescoço, de modo que o lado de dentro é o lado de fora?

DR. LEPPER — Um bom meio de espalhar germes. É a mesma coisa que sacudir um lençol.

DRA. HARDWICKE — O senhor disse que, se eu por acaso for portadora de germes pela pele e a esfregar com água, espalharei uma chuva de bactérias pelo ar, em quaisquer superfícies que estejam perto. Se assim é, quando os portadores vão para os lavatórios a fim de se lavarem, isso não fará dessas salas de esfregação um foco potencial de onde as bactérias, isto é os estafilococos, podem ser lavados para outros lugares onde não os queremos?

DR. HOWE — O Dr. Hare recentemente escreveu um artigo sobre os métodos de transmissão ou disseminação dos estafilococos. Uma das coisas que ele salientou foi que a simples lavagem de mãos numa pia daria para espalhar estafilococos muito frequentemente, por meio das gotinhas d'água que se esparramam. Embora não se saiba de nenhum estudo sobre esses recintos de lavagem de mão, subentende-se que lá deva haver uma grande contaminação.

As salas de escovação não devem estar em comunicação direta com a sala de operação. Deve haver acomodações separadas, e o **powdering** deve ser feito fora da sala de operação. Não posso ir mais longe por ora. Este é um dos muitos aspectos que pretendemos investigar.

MR. LISWOOD — Uma das coisas que separamos é a sala de substerilização, onde duas ou três pessoas podem se lavar lado a lado, escovando-se para a operação. Colocamos anteparos para fazer a separação.

DRA. HARDWICKE — Assim, um não aspergirá água no outro.

DR. HOWE — Os senhores colocaram os anteparos por essa razão?

MR. LISWOOD — Fizemo-lo sem saber que podia haver perigo de aumentar a possibilidade de infecção, mas achamos que os anteparos seriam uma barreira a mais.

DR. HOWE — Vemos tanta coisa escrita sobre tudo que se pode fazer num hospital, isto é, uso de anteparos, sabonete especial, ceras especiais no soalho com antissepticos, varias técnicas para limpar o chão, aspiradores úmidos e antissépticos no chão, lavar as paredes com este ou aquele preparado, e em seguida vemos dados demonstrando que depois de empregar tal técnica, o número de bactérias no ar foi reduzido.

MR. LISWOOD — Quando chegar esse dia! . . .

DR. HOWE — Logo depois da guerra, o Capitão John Seal, se não me engano, e alguns outros, trabalharam nas barracas, tentando reduzir a incidência de infecções respiratórias estreptocócicas. Eles untaram de óleo os cobertores e conseguiram reduzir a contagem no ar, mas não a taxa de infecção respiratória. Do mesmo modo, o Dr. Morton Hamburger diz que, depois de todo o seu trabalho com cobertores e vaporização de glicol, nunca pôde ter certeza se a moléstia causada por estreptococos aeróbios foi suprimida de fato.

Atualmente consideramos isso como verdadeiro, e parece razoável supor que, se reduzirmos o número de germes na atmosfera do nosso hospital, reduziremos a taxa de infecção. Penso, entretanto, que erramos em concentrar-nos demasiadamente em técnicas bacteriológicas. Isto é, fazendo a contagem do ar antes e depois de certos processos. O que queremos saber é como afeta a taxa de infecção em doentes.

Parece lógico supor que seria favoravelmente influenciada se controlássemos essas coisas, mas não creio que haja prova alguma disso.

DRA. HARDWICKE — O Dr. Lepper gostaria de fazer algum comentário sobre isso?

DR. LEPPER — Não tenho muito a dizer no caso. A mim me parece que, faça-se o que se quiser com as técnicas, haverá sempre algumas infecções residuais. Antes da era dos antibióticos, as técnicas estavam sendo aperfeiçoadas e estava-se fazendo um razoável trabalho de controle, mas mesmo assim, as infecções estavam se introduzindo.

Penso que com os estafilococos atingimos uma fase novamente em que temos uma infecção mais ou menos no seu ambiente natural. Podemos estar evitando infecções de estreptococos do grupo A com antibióticos empregados antes da intervenção, mas não estamos fazendo muito no que se refere ao estafilococo.

Voltamos a uma infecção em estado bem nativo. Estamos tentando medir a redução. O número de coisas que fazemos é imenso, e creio que é importante que façamos o que o Dr. Howe está tentando fazer, isto é, apontar as coisas realmente importantes, e como tal tratá-las.

Se parássemos de lavar as mãos, a taxa de infecção provavelmente aumentaria. O que estamos tentando fazer é continuar trabalhando com técnicas que consigam baixar a ocorrência de infecção a um mínimo, sabendo muito bem que provavelmente nunca chegará a zero pelos tipo de medidas de que estamos falando.

Continua

## TELEVISÃO PARA ENSINO

A RCA está produzindo um equipamento de televisão em cores para salas de operação de hospitais de ensino, com possibilidade de projeção sobre "écran" de 1,7 x 1,8 metros ou recepção por receptores de TV em cores.

## ESTREPTOCOCOS TIPO A

Discos impregnados com anticorpo A, distribuídos pela American Hospital Supply Corporation, permitem facilmente identificação de estreptococos tipo A em culturas, por estria, em placas.

## LANCETA DIGITAL

Uma lanceta que faz uma incisão em forma de crescente torna desnecessária a expressão do dedo para obter sangue suficiente para exames de rotina. (Beckton, Dickinson & Co.).



## MÁQUINA DE FAZER GÊLO

Gêlo para bolsas etc., com coleta ao nível da cintura, para 250 kg. diários.

Cold Corp. of America.

## ULTRA-SOM

Um aparelho de ultrassom de menos de 4 quilos foi posto no mercado por Zeiler Electronics Inc.



## "ASSISTENTE-CONTROLADOR" EMERSON

À medida que aumenta a competência cirúrgica, as operações tornam-se mais demoradas e são aceitos pacientes cuja saúde é mais precária. Muitas vezes o anestesista tem que manter a respiração do paciente durante longas horas, comprimindo a bolsa de respiração ritmadamente com a mão. Esta "mão treinada" traz para o anestesista informações valiosas sobre o estado do paciente. Mas a mão não é tão uniforme no seu desempenho quanto uma máquina, e não mede a pressão e o volume tão bem quanto um manômetro. Além disso, a mão fica cansada, e o anestesista tem muitas outras tarefas que requerem a sua atenção especializada.

Portanto, muitas vezes são usadas máquinas a fim de aliviar o anestesista do seu fardo manual. O Assistente-Controlador Emerson pode respirar pelo paciente anestesiado automaticamente, horas seguidas. E pode também ajudar, assistindo seus esforços espontâneos, quando a anestesia é parcial. O Emerson protege o paciente, ajuda o cirurgião mantendo um campo cirúrgico calmo, e deixa o anestesista com tempo para dedicar toda a atenção a suas múltiplas tarefas vitais.

SOUTHERN OXYGEN COMPANY

250 West 57th Street

New York 19, N.Y.

## SISTEMA BRITÂNICO PARA ILUMINAÇÃO CIRÚRGICA

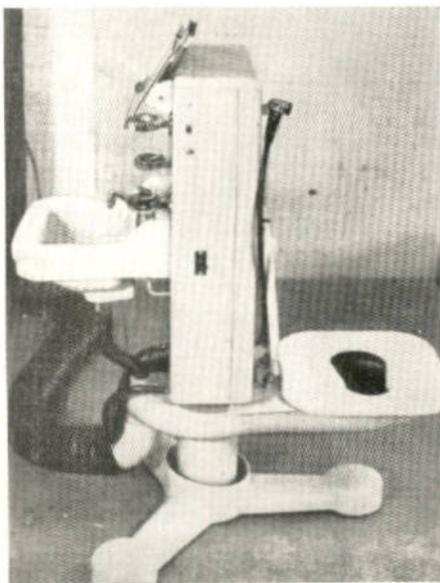
Está sendo produzido na Grã-Bretanha um sistema de iluminação para operações cirúrgicas. O sistema, extensamente experimentado em dois hospitais de Londres, é um conjunto para anfiteatro que não produz sombras, possuindo cinco grandes refletores contidos numa armação de metal. Os refletores, de alumínio, eletroliticamente polidos e anodizados para apresentar uma superfície sólida, são inoxidáveis e resistentes a arranhaduras. O sistema destina-se a facilitar o serviço, sendo os protetores fabricados de vidro inestilhaçável, vedados com borracha para protegê-los contra poeira e fumaça. Para absorver o calor radiante sem obstruir a luz, emprega-se um sistema de 5 filtros infravermelhos, possuindo os cinco refletores um aclaramento de 194.000 lux a 1,06 metros, com um consumo total de 220 watts. Essa intensidade foi recomendada como o máximo necessário para a cirurgia, sem apresentar o perigo de forçar ou perturbar a vista devido ao excessivo brilho dos instrumentos. Essa baixa potência evita também um aumento desnecessário na temperatura ambiente da sala de operações.

O sistema foi projetado para servir em qualquer espécie de operação cirúrgica e seu raio luminoso pode ser focalizado em qualquer parte da mesa de operações. Um controle remoto externo permite que a equipe de médicos, durante as operações, focalize rápida e precisamente o refletor para as distâncias desejadas.



## PARA LABORATÓRIOS

L.V.D. Scorch, 44 Northfield Rd., Kings Norton, Birmingham 30, Inglaterra., fabricam um **alambique** para água, totalmente de vidro, automático e acionado a eletricidade. Se a água esfriada do condensador fica em suspensão ou o conteúdo do receptor chega a um nível especificado, a energia elétrica é cortada automaticamente. Isto permite ao operário do laboratório atender às outras tarefas sem receio de que o equipamento possa correr dano.



## SANITÁRIO MOVEI

Este conjunto põe à disposição do paciente água corrente, fria e quente; permite que o paciente se lave, escove os dentes, faça a barba e complete sua toilette, sem auxílio. Pequeno esforço permite girar a unidade toda, independentemente da base. Esta peça elimina as comadres. Economiza espaço, segundo o fabricante, pois que necessita de apenas um pequeno canto do quarto.

Washington Technological Associates, Inc.

## UM NOVO APARELHO PARA LABORATÓRIOS

Estes modernos aparelhos, fabricados em dois tamanhos de 13 e 7 litros de conteúdo e 26 222 cm. de diâmetro, respectivamente, são feitos de aço Siemens-Martin sem costura, sendo revestidos por dentro com esmalte "Spezial-Silit", extremamente resistente e que se liga intimamente ao aço por uma cozedura a elevada temperatura. As tampas também são revestidas interiormente pelo mesmo processo. Exteriormente, os aparelhos em questão são de cor preta de Silit. Todas as armações e os arcos dos fechos são de execução niquelada.

Múltiplas são as possibilidades de emprego destes aparelhos em todos os trabalhos de laboratórios químicos, farmacêuticos, domésticos e outros, e das mesmas se apresentam alguns exemplos na presente reprodução. Os aparelhos adaptam-se de maneira especial para os trabalhos de preparações químicas e a elaboração em pequena escala de produtos, muitas vezes valiosos. De grande utilidade são também para experiências em laboratórios, aplicadas em processos de fabricação, visto com tais aparelhos se poder trabalhar da mesma forma e nas mesmas condições como com os aparelhos das respectivas empresas.

O recipiente Drelhals é particularmente vantajoso, em confronto com o de vidro, visto ser inquebrável e de maior conteúdo, tendo, além disto, uma tampa que facilita em alto grau a limpeza e a instalação de maiores utensílios, como, por exemplo, misturadores etc.

O recipiente grande pode ser fornecido, à escolha, com 3 tampas diferentes, segundo a execução e tamanho das 3 tubuladoras, e, em parte, também com vidros de inspeção. Fora disto, o recipiente grande também se fornece com um dispositivo de banho de água, munido de termômetro angular, tubo de nível de água, regulador ajustável do nível de água e válvula de descarga.

## NOVO APARELHO ITALIANO

Um novo aparelho chamado "Tubo catódico giratório", que pode destruir as células cancerosas sem lesar o tecido que circunda o tumor, acaba de ser construído pelos pesquisadores do Instituto de Radiologia da Universidade de Modena, sob a direção do prof. Lenzi.

Esse dispositivo eliminará os mais graves inconvenientes nos tratamentos pelos Raios X, notadamente no que se refere às lesões causadas pelas radiações nos tecidos sãos. Com efeito, as radiações emitidas por esse aparelho não são mais paralelas, mas dirigidas conicamente. Será possível, pois, concentrar os raios sobre o ponto preciso do tumor, seja qual for o seu tamanho ou localização. A precisão desse aparelho permitirá em numerosos casos evitar intervenções cirúrgicas, pois o tumor pode ser destruído sem dano para os tecidos vivos.

Os laboratórios de Física da Universidade de Modena procedem atualmente aos últimos controles e o aparelho poderá ser fabricado em série dentro de pouco tempo.

## MELHORES LUVAS PARA CIRURGIA

Uma nova máquina, que pode produzir diariamente 12 mil pares de luvas de borracha utilizadas por cirurgiões, foi aperfeiçoada pela Companhia de Produtos Industriais B. F. Goodrich, encontrando-se já em pleno uso. A máquina é capaz de fabricar luvas melhores e mais uniformes por meio de um processo de imersão controlado eletronicamente, que elimina praticamente a possibilidade de erro humano. Na fabricação das luvas moldes plásticos na forma de mãos são imersos em borracha por controle do tempo de imersão, bem como da temperatura e concentração de um coagulante, no qual as mãos são primeiro mergulhadas para que a borracha fique ajustada perfeitamente a elas.

## NOVO ANESTÉSICO

Os laboratórios da firma farmacêutica Ayerst, de Nova York, revelaram a existência de um novo anestésico conhecido sob o nome de "fluothane", mais poderoso, e de um emprego menos perigoso que o eter e o clorofórmio. O "fluothane" é um **hidrocarbonato fluorado**. Ele foi produzido pela primeira vez em 1951 por uma firma inglesa, a "Imperial Chemical Industries Ltd.". É um líquido não explosivo, que se ministra com o oxigênio ou protóxido de azoto. Produz a anestesia em um tempo bastante curto e o retorno à consciência leva de 5 a 10 minutos. Esse novo anestésico não deve, contudo ser administrado a pessoas que sofrem de moléstias cardíacas.

## TELEVISÃO SILENCIOSA PARA HOSPITAIS

Um sistema de televisão silenciosa, destinado a enfermarias de hospitais, acaba de ser demonstrado na **Exposição de Equipamento Hospitalar**, realizada recentemente em Olympia, Londres. A nova unidade, já instalada em diversos hospitais, pode separar o som da imagem nos programas de televisão, ligando o som individualmente para doentes, por meio de fones comuns ou fones colocados dentro de travesseiros. A "imagem silenciosa" vem solucionar o grande problema da televisão nos hospitais — o de mostrar a imagem sem perturbar os pacientes que descansam ou estão passando mal.

Outro equipamento hospitalar apresentado pela firma incluía o sistema de "Chamada" — uma ligação direta entre o doente e a enfermeira, por meio do qual o paciente, usando um microfone dentro dos travesseiros, pode falar com a enfermeira de plantão em seu quarto, sem perturbar os outros doentes. É possível também acrescentar um sistema de sinalização visual, por meio de luzes.

## PISOS PLÁSTICOS PISOS DO FUTURO\*\*

CARL ERNEST AUGUST PAULSEN \*

O revestimento do piso de um prédio é atualmente alvo de exigências que são bem mais acentuadas do que as feitas aos demais componentes do acabamento. Exige-se que o piso seja resistente ao desgaste, insensível contra choques, elástico e firme ao pisar. Deseja-se que o piso seja anti-ressonante e refratário ao calor, insensível contra a umidade, inatacável pelo cupim, incombustível, isolante contra a eletricidade, resistente contra dissolventes e substâncias químicas etc. Requer-se padrões atraentes e cores indelévelis; o piso deve possuir propriedades de rápida e fácil limpeza e, principalmente, tem que ser mais barato possível.

Até o momento não existe um piso que reúne tôdas essas propriedades. Entretanto, já ha revestimento, à venda no mercado, bastante perto dêsse piso-ideal. Trata-se de um piso plástico vinílico, **sem emendas e juntas**, que pode ser fabricado em qualquer tonalidade uniforme desejada e que é aplicado sob supervisão do fabricante, por pessoal especializado.

Condição para uma perfeita aplicação de revestimentos de pisos, de qualquer espécie, é uma base perfeitamente aproveitável e um serviço de aplicação tecnicamente perfeito. Serve de base para revestimentos de piso qualquer área, que esteja sêca. Desnecessário se torna observar que a base deve se apresentar o mais bem nivelada possível e bases excessivamente ásperas devem ser previamente melhoradas nêsse ponto por meio de uma massa niveladora de qualidade apropriada.

Considera-se condição importante para o completo êxito do revestimento que a base esteja completamente sêca. Por isso deve-se aguardar que a base tenha evaporado tôda a umidade. Caso o exame da base demonstrar a presença da umidade e por conseguinte não estiver apta a receber o revestimento, torna-se indispensável a impermeabilização da base, convenientemente por meio de várias demãos de pinturas impermeabilizantes, de preferência à base de asfalto.

Aconselha-se considerar que a aplicação do revestimento de pisos sempre deveria ser a última tarefa em uma construção. Areia, poeira, entulho e sujeira, depositados sôbre o piso pelo trânsito de operários, fazem o papel de abrasivo, produzindo arranhões feios e estragos, cuja completa eliminação quasi sempre é muito difícil e que prejudicam o bom aspecto do piso.

O piso plástico compôsto à base de P.V.A. (acetato de polyvinil), destaca-se fundamentalmente dos revestimentos à base de P.V.C. e dos assim chamados Asfáltiles etc. Enquanto êsses últimos são fornecidos em forma de placas e colocados com cola, industrializa-se o primeiro em forma de massas, as quais são aplicadas sôbre a base, seguindo as instruções técnicas estudadas e fornecidas pela firma produtora.

Um revestimento de piso plástico de alta qualidade, à base de P.V.A., condiciona-se à uma perfeita relação entre os diversos componentes dos materiais de enchimento. Nas camadas inferiores do piso, que é aplicado em diversas camadas, usa-se enchimento de grãos maiores, enquanto que as camadas de cobertura

requerem enchimentos de grãos mais finos para se obter uma superfície absolutamente lisa. Nêste particular ocupa também lugar de importância o formato dos grãos de materiais de enchimento.

O revestimento é preparado pelo fabricante em forma de uma massa espessa e entregue na obra pronta para ser usada, onde é aplicada por meio de desempenadeira de aço. Êsses revestimentos compõem-se de camadas inferiores resistentes à compressão e de camadas de cobertura altamente resistentes à abrasão e ricas em aglutinantes. Com aditivos adequados e tratamentos químicos bem como com o emprêgo de enchimentos correspondentes e plastificantes, consegue-se uma adaptação perfeita dos pisos à quaisquer condições e exigências de uso, preparando-se os diversos tipos, do revestimento relativamente pouco castigado em residências, sanatórios, hospitais, passando por hotéis, cinemas, clubes, colégios, até o revestimento tipicamente industrial com elevada resistência ao atrito e à compressão.

Também para laboratórios o piso plástico provou-se altamente recomendável, justamente devida a não possuir emendas ou juntas, o que resulta igualmente em real vantagem em hospitais. Ácidos minerais em baixa concentração até cêrca de 10% praticamente não atacam os pisos plásticos. Os pisos são insensíveis contra água e sabão e os produtos de limpeza domésticos normalmente em uso. Também gasolina, benzóis, óleos minerais, graxas e éter não atacam os pisos plásticos.

Em diversos países europeus, pisos plásticos deste tipo já são usados há vários anos com excelentes resultados, sendo que, só na Alemanha, foram assentados centenas de milhares de metros quadrados e tanto atestados particulares como certificados de entidades oficiais testemunham o completo êxito alcançado com êsses revestimentos de pisos.

Em recintos com forte trânsito de pedestres, tais como aeroportos, ministérios, universidades, bancos, museus, estações de telecomunicação, cinemas etc., êsses pisos têm sido empregados com ótimos resultados e a firma Indústria de Impermeabilizantes Paulsen S.A. também já os colocou, sob o nome "piso-tex", em alguns milhares de metros quadrados em corredores com grande trânsito, laboratório do Ministério da Aeronáutica, auditórios da Cidade Universitária de São Paulo, residências de luxo, no Colégio São Vicente de Paulo — Rio, tendo sido ainda empregado em escolas da P.D.F. etc. O piso, em tôdas essas obras, demonstrou sua absoluta superioridade, possuindo ainda as seguintes vantagens:

- 1) ser higiênico, pois pode ser facilmente limpo devido à ausência de quaisquer juntas ou emendas;
- 2) não aglomerar poeira, devido à sua superfície lisa;
- 3) oferecer um pisar suave, aliado à sua propriedade anti-derrapante;
- 4) ser decorativo, dado à possibilidade de ser executado em cores;
- 5) ser de fácil conservação, podendo ser lavado e encerado;
- 6) possuir durabilidade e resistência ao pisar insuperáveis.

A referida firma fábrica também, na mesma gase, as tintas plásticas para revestimentos de paredes, tétos, etc. as quais são laváveis com água e sabão, resistentes ao esfregar e não desbotam.

(\*) Químico Industrial.

(\*\*) Este artigo faz parte de uma série, a cargo da indústria brasileira de plásticos.

# UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

NAHYDA DE ALMEIDA VELLOSO (1)

## I

### INTRODUÇÃO

O preparo dos estudantes da Escola de Enfermagem de São Paulo, para as atividades de enfermagem relacionadas com o cuidado médico e cirúrgico da criança, é feito através de:

1. **Ensino teórico prático** de quatro disciplinas, num total aproximado de 140 horas, distribuídas como segue:

Crescimento e Desenvolvimento Emocional da Criança	15 horas
Dietética Infantil .....	16 horas
Clínica Pediátrica .....	22 horas
Enfermagem Pediátrica. Aproximadamente .....	87 horas
(A. Preleções, 17 hrs; B. Ensino Clínico de 68 a 73 hrs)	
Exames .....	4 horas

A segunda disciplina é dada por dietista, a terceira por médico e as outras duas por enfermeira.

O curso de "Crescimento e Desenvolvimento Emocional da Criança", que deveria acompanhar de perto as demais disciplinas, é dado no 2.º ano devido ao fato de o Hospital das Clínicas admitir crianças em todos os Serviços; o estudante de enfermagem, desde o momento que inicia os estágios, presta cuidados a crianças nas Clínicas Médica, Cirúrgica, Dermatológica, Neurológica, Ortopédica, de Doenças Transmissíveis, etc. Era portanto preciso dar-lhe alguns conhecimentos sobre as motivações e as reações desses pequenos pacientes, antes mesmo do estágio de Enfermagem Pediátrica; o meio encontrado foi o de adiantar de um ano o curso mencionado.

As demais disciplinas, à exceção do ensino clínico de Enfermagem Pediátrica, são iniciadas um pouco antes de a classe começar esse estágio, a fim de que o estudante já tenha algum conhecimento da matéria quando for escalado para o referido estágio.

2. **Estágio** de 12 semanas de Enfermagem Pediátrica, dado no penúltimo ano do curso, isto é, no 3.º ano, incluindo as seguintes experiências: observação de crianças sadias uma semana; e experiência com crianças doentes, 11 semanas.

Esta última compreende estágio nas enfermarias de crianças de 0 a 3 anos e de 4 a 12 anos, da Clínica Pediátrica; Sala de Recreio da mesma Clínica; Ambulatório de Pediatria; enfermarias de crianças de Clínica Cirúrgica e do Pronto Socorro.

Para o estágio de Enfermagem Pediátrica é escalado, de cada vez, um grupo de 8 a 11 estudantes, que são distribuídos pelos serviços

(1) E. D. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Curso de pós-graduação em Enfermagem Pediátrica, "College of Education", Universidade de Minneapolis, Minn. E. U. A. Professora de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

acima mencionados (ver Rodízio no Apenso 1). A supervisão é feita pela professora de Enfermagem Pediátrica, auxiliada por uma assistente. Colabora no programa a professora de Enfermagem de Saúde Pública, que se encarrega da supervisão do estágio no ambulatório.

Damos a seguir o programa das quatro disciplinas e a respectiva bibliografia. (Apenso 9).

### CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA

15 horas

#### Objetivos

1. Desenvolvimento de conhecimento e de compreensão do estudante sobre o crescimento e o desenvolvimento normal da criança, desde o período natal até a puberdade.
2. Orientá-lo na compreensão sobre o desenvolvimento dinâmico da personalidade.
3. Mostrar a relação entre o crescimento e desenvolvimento emocional e físico.
4. Desenvolver no estudante a capacidade de compreender as mudanças progressivas e variações do comportamento da criança, assim como as influências destas mudanças sobre a saúde total da criança.
5. Desenvolver a capacidade do estudante de enfermagem em assistir e orientar pais, instituições, enfim tudo que se relacione com a criança.

#### Aulas

1. Introdução: Finalidade do curso. Desenvolvimento e estrutura da personalidade. Condições que afetam o desenvolvimento emocional. Hereditariedade e meio.
2. e 3. Crescimento e Desenvolvimento Neuro Psico-Motor (teórica e prática).
4. Desenvolvimento da Personalidade do Nascimento até o fim do 1.º ano (Fase Oral): Constituição e personalidade. Experiências do recém-nascido. Distúrbios emocionais durante a fase oral. Psicoterapia das frustrações. Recreação.
5. Desenvolvimento da personalidade de 1 a 3 anos (fase anal): Formação do Ego. Treino de toalete. Conflitos entre crianças e pais — Ambivalência. Identificação e personalidade. Id, Ego, Super Ego.

6. Distúrbios Emocionais que ocorrem durante a fase anal. Reações de ansiedade. Fobias. Distúrbios funcionais. Psicoterapia — Recreação.
7. Desenvolvimento da personalidade de 3 a 6 anos (fase fálica): Sexualidade infantil. Educação sexual. Influência da família. Complexo de Édipo.
8. Distúrbios emocionais que ocorrem no período fálico. Influência social no desenvolvimento emocional. Traumatismos psíquicos por ausência dos pais. Efeitos de moléstias de longa duração no comportamento emocional da criança.
9. Distúrbios emocionais que ocorrem no período fálico (continuação): A influência da atitude dos pais no comportamento da criança. Consequências de estímulo sexual precoce. Recreação.
10. Desenvolvimento da personalidade de 6 anos até início da puberdade (Período latente).
11. Distúrbios emocionais que ocorrem durante o período latente. Estados ansiosos. Distúrbios funcionais. Recreação.
12. Desenvolvimento do comportamento social das crianças. Sequências no comportamento social. Solidariedade, competição e cooperação. Influência da direção do adulto.
- 13., 14. e 15. Resumo (3 horas). Problemas emocionais. Profilaxia dos problemas emocionais. Orientação da criança.

C L Í N I C A P E D I Á T R I C A

22 horas

1. Inflamações do cavo e formações anexas — Complicações.
2. Pneumonia — Broncopneumonia — Atelectasia.
3. Bronquite, Laringo-Traqueo-Bronquite-Aguda, Bronquiectasia.
4. Pleurite — Empiema — Pneumotorax.
5. Moléstias alérgicas — (Diateses, asma, eczema etc.).
6. Parasitas intestinais — Obstruções intestinais.
7. Anemias secundárias (Verminótica, etc.).
8. Síndrome disenteriforme — Vômitos em geral — Estomatites.
9. Dispepsia aguda — Distrofias e Toxicóses.
10. Distúrbios nutritivos e metabólicos (Raquitismo — Moléstia Celíaca).
11. Técnica de alimentação sob o ponto de vista médico.
12. Proteção da criança contra os agravos do ambiente físico.
13. Proteção da criança contra os agravos do ambiente psíquico.
14. Anemias — Leucemia — Hemofilia — Púrpura.
15. Febre reumática e suas complicações — Coréia.
15. Convulsões na infância.
17. Pielite — Pielonefrite — Cistite.
18. Moléstias Renais.
19. Anomalias congênicas do coração. Tratamento Cirúrgico.
20. Anomalias congênicas do reto e ânus, fístulas etc. Tratamento Cirúrgico.
21. Anomalias congênicas das vias biliares. Tratamento Cirúrgico.
22. Empiema pleural em criança. Tratamento Cirúrgico.

Assunto	Bibliografia (*)
1. Alimentação do lactente sadio. Metabolismo de energia, de proteínas, de carboidratos e de gordura.	18. Caps. II, III, IV e V, págs. 39 a 172. 3. Cap. V, págs. 154 a 172.
2. Alimentação do lactente sadio (Cont.): Metabolismo de sais minerais e de água. Vitaminas. Necessidades nutritivas do lactente. Digestão.	18. Caps. VI, VII, VIII e IX, págs. 72 a 130. 3. Cap. V, págs. 172 a 206. 28. Caps. II e III, págs. 21 a 39.
3. Alimentação natural. Características do leite humano; colostro; composição do leite materno.	6. Cap. 13, págs. 168 a 169. 28. Cap. IV, págs. 41 a 61. 5. Todo o folheto. 18. Cap. XI, págs. 138 a 166. 3. Cap. VII, págs. 237 a 258. 29. Cap. 17, págs. 239 a 241.
4. Alimentação mixta e complementar.	37. págs. 31 a 52 16. págs. 29 a 35 70. pág. 191.
5. Alimentação artificial. Histórico. Requisitos: cuidados higiênicos do leite; tipos de leite: fresco, em conserva; tipos de carboidratos; misturas lacteas: composição.	37. págs. 52 a 58. 8. todo o folheto. 6. Cap. 13, págs. 169 a 176. 28. Caps. VII a XI, págs. 87 a 130. 18. Caps. XII a XV, págs. 167 a 221. 3. Caps. V e X, págs. 207 a 236 e 290 a 323. 29. Cap. 17, págs. 241 a 247.
6. Métodos de esterilização de mistura láctea. Alimentação complementar.	37. págs. 64 a 76 16. págs. 29 a 35 e 126 a 131. 6. Cap. 13, págs. 176 a 182. 18. Caps. XIV e XVIII, págs. 194 a 197 e 222 a 233. 29. Cap. 17, págs. 247 a 253. 63. pág. 606. 28. Cap. XIII, págs. 135 a 142.
7. Alimentação do prematuro.	6. Cap. 13, págs. 170 a 171. 28. Cap. XIV, págs. 143 a 151. 3. Cap. VIII, págs. 259 a 268. 29. Cap. 17, págs. 253 a 257. 9. todo o folheto.

(\*) Procurar no Apenso 9 o número da bibliografia indicada.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>8. Perturbações nutritivas: super alimentação, sub alimentação, distrofia lácteo-farinácea.</p> <p>9. Alimentação da criança de 1 a 6 anos.</p> <p>10. Alimentação do escolar. Necessidades nutritivas. Assistência alimentar ao escolar. Educação alimentar. Merendas escolares.</p> | <p>18. Cap. XIX, págs. 234 a 252.</p> <p>3. Cap. XII, págs. 336 a 340 e 462 a 479.</p> <p>41. págs. 20 a 30.</p> <p>29. Cap. 18 págs. 260 a 269.</p> <p>42. todo o folheto.</p> <p>31. Caps. VI e VII, págs. 33 a 46.</p> <p>11. Caps. I, II e III, págs. 13 a 65.</p> <p>39. Cap. V, págs. 55 a 54.</p> <p>29. Cap. 18, págs. 269 a 272.</p> <p>7. todo o folheto.</p> <p>65. todo o folheto.</p> | <p>3. Cuidados com a pele e couro cabeludo da criança. Tipos mais comuns de dermatites.</p> | <p>4. Cap. XXXII, pág. 42.</p> <p>17. Cap. XX, pág. 496.</p> <p>20. Cap. XXXIV, pág. 377.</p> <p>21. Cap. XXXI, pág. 334.</p> <p>27. pág. 1542-1544; 1557-1565.</p> <p>32. Cap. XXI, pág. 802.</p> <p>35. Cap. XXV, pág. 391</p> <p>36. Cap. XVII, pág. 441.</p> <p>43. Cap. XXXI, pág. 579.</p> <p>126. pág. 359-361.</p> <p>85. pág. 101-104.</p> <p>86. pág. 631-634.</p> <p>94. pág. 160-167.</p> <p>101. pág. 159-169.</p> <p>111. pág. 544-551.</p> <p>116. pág. 700-706.</p> <p>123. pág. 63-64.</p> <p>124. pág. 750-756.</p> <p>132. pág. 508-515.</p> |
|--|--|---|---|

**Laboratório**

- 11, 12 e 13. Preparo de mameadeiras: esterilização de material; preparo de misturas lácteas.
- 14, 15 e 16. Preparo de outros alimentos: caldos de legumes e sopas, sucos e papas de frutas, pirão de legumes.

4. Cuidados de enfermagem para evitar acidentes no Hospital, Lar, etc.

4. Cap. XXI, pág. 287.
21. Cap. XIV, pág. 134.
76. pág. 465-467.
135. pág. 568-571.

**ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (Preleções)**

**Objetivos:** 17 horas

- 1 — Orientar o estudante no conhecimento de meios profiláticos para evitar moléstias e na compreensão sobre o efeito das mesmas no crescimento e desenvolvimento da criança.
- 2 — Auxiliá-lo a aprender observar e interpretar as necessidades da criança aplicando as experiências já adquiridas e os princípios científicos básicos no seu cuidado integral, de modo a lhe oferecer mais segurança em qualquer situação.
- 3 — Ensiná-lo a orientar, com eficiência crianças, pais e pessoas que lidam com estas, tendo em mente que a saúde e a atitude da enfermeira exercem influência no comportamento da criança.
- 4 — Orientá-lo sobre o valôr das instituições dentro da comunidade, que contribuem para o bem estar da criança.
- 5 — Auxiliá-lo a compreender a aplicar cuidados de enfermagem nas diferentes moléstias e em diferentes grupos de idades, adquirir habilidade para dar cuidados e recreação a crianças doentes.

5. Considerações gerais sobre o sistema respiratório e suas anomalias congênitas. Otites, rinites, epistaxis, resfriados comuns, sinusites, etc. Cuidados de enfermagem.

4. Cap. XXIX, pág. 370.
17. Cap. XXI, pág. 302.
20. Cap. XXVIII, pág. 301.
21. Cap. XXIV, pág. 274.
27. pág. 915-931; 937-942.
32. Cap. XVII, pág. 529 (2.º Vol.)
35. Cap. XIX, pág. 313.
36. Cap. XI, pág. 298.
69. pág. 573-574.

6. Cuidados de enfermagem nas inflamações do cavo e formações anexas. Laringite aguda, laringite espasmódica, laringo-tráqueo-bronquite-aguda, bronquite, atelectasia, etc.

4. Cap. XXIX, pág. 338.
17. Cap. XII, pág. 317.
20. Cap. XXVIII, pág. 306.
21. Cap. XXIV, pág. 283.
27. pág. 947-966.
32. Cap. XVIII, pág. 591 (2.º Vol.)
36. Cap. XI, pág. 294.
43. Cap. XXVIII, pág. 496.
61. pág. 1078-1081.
126. pág. 365-368.
120. pág. 27-43.
131. pág. 528-535.

7. Cuidados de enfermagem em: Broncopneumonia, pneumonia, pleurisia, empiema, propneumotorax, etc.

4. Cap. XXIX, pág. 386.
17. Cap. XII, pág. 319.
20. Cap. XXVIII pág. 308.
21. Cap. XXIV, pág. 284.
27. pág. 967-1017.
32. Cap. XVIII, pág. 608 (2.º Vol.)
35. Cap. XIX, pág. 320.
36. Cap. XI, pág. 297.
71. pág. 551-557.
74. pág. 403-410.
117. pág. 878-880.

Assunto	Bibliografia
<p>1. Primeiro contacto com a criança e seus pais. Admissão da criança no Hospital.</p>	<p>4. Cap. XVII, pág. 230; Cap. XVIII, pág. 234.</p> <p>17. Cap. IV, pág. 88.</p> <p>21. Cap. XIV, pág. 119.</p> <p>35. Cap. XIV, pág. 216.</p> <p>36. Cap. XVII, pág. 183; Cap. I, pág. 23.</p> <p>99. pág. 598.</p> <p>81. pág. 76:77.</p>
<p>2. Cuidados gerais da criança.</p>	<p>17. Cap. III, pág. 36.</p> <p>20. Cap. XVI, pág. 170.</p> <p>21. Cap. IX, pág. 82.</p> <p>35. Cap. VII, pág. 85.</p> <p>36. Cap. VII, pág. 218.</p> <p>129. pág. 460:463.</p>

<p>8. Considerações sobre o sistema gastro intestinal e suas anomalias congênitas. Cuidados da Enfermagem em: Higiene oral da criança doente, lábio leporino, fissura palatina, estomatites, estenose do esôfago, espasmo e estenose do pilôro, etc.</p>	<p>4. Cap. XXX, pág. 392. 17. Cap. XIII, pág. 337. 21. Cap. XXIII, pág. 253 27. pág. 762-767; 780-785; 792-796; 811-820. 32. Cap. XI, pág. 299 (2.º Vol.). 35. Cap. XVIII, pág. 294. 36. Cap. X, pág. 267. 43. Cap. XXI, pág. 296; Cap. XXII, pág. 378. 102. pág. 673-679. 105. pág. 963-965. 118. pág.</p>	<p>12. Cuidados de enfermagem em casos de emergência.</p>	<p>21. Cap. XXVIII 261; Cap. XXIV, pág. 284 e 288. 27. pág. 823:824; 957-961. 32. Cap. XVIII, pág. 530 (2.º vol.). 35. Cap. XVIII, pág. 311; Cap. XIX, pág. 318. 36. Cap. X, pág. 286; Cap. XI, pág. 295; Cap. XVII, pág. 450. 39. Cap. IV, pág. 93; Cap. XV, pág. 119; Cap. XI, pág. 247 e 259. 43. pág. 234.</p>
<p>9. Cuidados de enfermagem em: Estenose e atresia do duodeno, sigmoide, reto e onus. Obstrução das vias biliares, etc.</p>	<p>21. Cap. XXIII pág. 261. 27. pág. 844-848. 43. Cap. XXII, pág. 345; Cap. XII, pág. 252. 53. pág. 432-439. 68. pág. 190-201. 99. pág. 774-783. 108. pág. 707-713.</p>	<p>13. Considerações sobre o sistema circulatório e anomalias congênitas. Cuidados pré e pós-operatório em: Tetralogia de Fallot, Persistência do canal arterial, coarctação da aorta, etc.</p>	<p>4. Cap. XXXI, pág. 419. 17. Cap. XI, pág. 273. 20. Cap. XXX, pág. 342. 21. Cap. XXV, pág. 290. 27. pág. 1028:1051. 32. Cap. XIX, pág. 659 (2.º vol.). 35. Cap. XX, pág. 330. 36. Cap. XII, pág. 309. 40. pág. 125-173; 307-327; 443-453. 43. Cap. XXVII, pág. 463. 45. pág. 49-59. 13. pág. 42-47. 48. pág. 54-66. 54. pág. 40-43. 57. pág. 38-39. 72. pág. 134-144. 79. pág. 483-488. 81. pág. 562-571. 82. pág. 591-599. 106. pág. 572-577. 112. pág. 53-72. 113. pág. 1478-1480. 125. pág. 853-859.</p>
<p>10. Cuidados de Enfermagem em: Dispepsia aguda, distrofias, toxicoses, síndromes disenteriformes, parasitas intestinais, obstruções intestinais, prolapso de reto, hernias, etc.</p>	<p>17. Cap. XIII, pág. 343; Cap. IX, pág. 205. 20. Cap. XXVI, pág. 280. 21. Cap. XXIII, pág. 259. 27. pág. 284:829. 32. Cap. X, pág. 249; Cap. XI, pág. 311 (1.º vol.). 35. Cap. XVIII, pág. 299. 36. Cap. X, pág. 274. 43. Cap. XXI, pág. 320; Cap. XXII, pág. 337. 47. pág. 155-157. 49. pág. 479-481. 59. pág. 45-52. 60. pág. 290-293. 66. pág. 214-233. 67. pág. 777-780. 73. pág. 558-569. 84. pág. 67-77. 97. pág. 47-53. 109. pág. 243-249. 115. pág. 262-265. 130. pág. 576-578.</p>	<p>14. Cuidados de enfermagem em moléstias adquiridas do coração. Pericardite, miocardite, endocardite e F. reumática e cardite reumática.</p>	<p>4. Cap. XXXI, pág. 414. 17. Cap. XVI, pág. 394; Cap. XVIII, pág. 468. 20. Cap. XXXI, pág. 345. 21. Cap. XXV, pág. 295. 27. pág. 1061-1073; 1079-1091. 32. Cap. XIX, pág. 686 (2.º Vol.). 35. Cap. XX, pág. 333. 36. Cap. XII, pág. 310. 43. Cap. XXVII, pág. 464. 56. pág. 339-358. 128. pág. 511-514. 77. pág. 728-731. 79. pág. 483-488. 80. pág. 720-723. 82. pág. 591-599. 87. pág. 168-171. 109. pág. 572-577. 121. pág. 278-289.</p>
<p>11. Distúrbios nutritivos e problemas de alimentação. Cuidados de Enfermagem em raquitismo, moléstia celiaca, etc.</p>	<p>4. Cap. XXVI, pág. 466. 17. Cap. IX, pág. 222; Cap. X, pág. 249. 20. Cap. XXVII, pág. 288. 21. Cap. XX, pág. 218. 27. pág. 236-380. 32. Cap. XIII, pág. 396 (2.º Vol.). 36. Cap. IX, pág. 256. 43. Cap. XXIV, pág. 416. 72. pág. 369:379. 110. pág. 411-423.</p>		

<p>15. Cuidados de enfermagem em: Anemia, Leucemia, Hemofilia, Púrpura, etc.</p>	<p>4. Cap. XXXI, pág. 440. 20. Cap. XXX, pág. 331. 21. Cap. XXVI, pág. 302. 27. pág. 1107; 1115; 1120. 32. Cap. XIV, pág. 415 (1.º Vol.). 35. Cap. XX, pág. 340. 36. Cap. XII, pág. 318. 43. Cap. XXVII, pág. 471. 62. pág. 957-959. 64. pág. 537-550. 80. pág. 720-723. 82. pág. 591-599. 88. pág. 169-174. 92. pág. 312-315. 103. pág. 24-41. 107. pág. 40-46. 134. pág. 601-605. 137. pág. 479-491.</p>	<p>10 — Faegre, Marion and Anderson E. John. <b>Child care and Training</b>. Minneapolis, University of Minnesota, 1947. 11 — Fonseca, Wanda Saraiva da. <b>Bases da Alimentação Escolar</b>. SAPS. Coleção Ensaio e Debate Alimentar. Vol. I. 12 — Gesell, Arnold e outros. <b>The First Five Years of Life</b>. New York, Harper and Brothers, 1940. 13 — Gesell, Arnold and Ilg, Francis L. <b>The Child from Five to Ten</b>. New York, Harper and Brothers, 1946. 14 — Healy, William. <b>Personality in Formation and Action</b>. New York, W. W. Norton and Co. Inc., 1938. 15 — Hurlock, Elisabeth B. <b>Modern Ways with Children</b>. New York, Mac Grew-Hill, 1946. 16 — <b>Infant Care</b>, Publication n.º 8, 1951. Children's Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare, U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 17 — Jeans, Philip C., <b>Essentials of Pediatrics</b>, Philadelphia, Lippincott Co., 1949, 3.ª Ed. 18 — Jeans, P. C. and Mck Marriott W. <b>Infant Nutrition</b>. St. Louis, Mosby, 4th Ed., 1947. 19 — Jersid, Arthur T. <b>Child Psychology</b>. New York. Prentice Hall Inc., 1947. 20 — Knox, Cecilia M. <b>Principles of Pediatrics and Pediatric Nursing</b>, Philadelphia, S. A. Davis Co., 1947. 21 — Lyon, Robert A: and Kallenbach, Winifred. <b>Mitchell's Pediatrics and Pediatric Nursing</b>. Philadelphia, Saunders Co., 1945, 2.ª Ed. 22 — Marcondes, D. <b>Noções de Higiene Mental da Criança</b>. São Paulo, Martins Ed., 1946. 23 — Medeiros, M. <b>Aspectos da Psicologia Infantil</b>. São Paulo, Ed. José Olimpio, 1952. 24 — Meck, Louis H. <b>Your Child's Development and Guidance</b>. New York, Lippincott, 1940. 25 — Mira y Lopes, Emilio. <b>Psicologia Evolutiva da Criança e do Adolescente</b>. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1946. 26 — <b>O Mundo da Criança</b>. Tr. do ingles. Vols. 12 e 13. Rio de Janeiro. Ed. Delta S. A. 27 — Nelson, Waldo E. e Colaboradores. <b>Textbook of Pediatrics</b>. Philadelphia, Saunders Co., 1950, 5.ª Ed. 28 — Pernetta, Cesar. <b>Alimentação do lactente sadio</b>. 2.ª Ed., 1947. 29 — Proudfit, F. T. and Robinson, C. H. <b>Nutrition and Diet Therapy</b>. 11th Ed., The Macmillan Company, New York, 1955. 30 — Rand, Winifred e outros. <b>Growth and Development of the Young Child</b>. Philadelphia. 3.ª Ed. Saunders Co, 1942. 31 — <b>Regime Alimentar</b>. Ministério de Educação e Saúde. Departamento Nacional da Criança. Coleção D.N.C. 108. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro. 1944. 32 — Rocha, da, José M. e Colaboradores: <b>Compêndio de Pediatria e Puericultura</b>. Vols. I-II-III, Rio de Janeiro, Ed. Cosmopolita Ltda., 1952. 33 — Santos, T. M. <b>Psicologia da Criança</b>. Rio de Janeiro, Livraria Boffoni, 1948. 34 — <b>School Feeding</b>. F. A. O. Nutritional Studies n.º 10, November, 1953. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, Italy. 35 — Sellow &amp; Walters &amp; Harver: <b>Nursing of Children</b>, Philadelphia, Saunders Co., 6.ª Ed. 1948. 36 — Sellow, Gladys. <b>Nursing of Children</b>, Philadelphia, Saunders Co., 5.ª Ed., 1945. 37 — Spock, Benjamin. <b>Baby and Child Care</b>. New York. Pocket Book, Inc., Rockefeller Center, 1946. 38 — Stagner, Ross. <b>Psychology</b>. New York. McGraw Hill Book Co., 1948. 39 — Telles, Walter: <b>Manual de Pediatria de Urgência</b>, Rio de Janeiro, Ed. Capitólio Ltda., 1953. 40 — Taussig, Helen B. "<b>Malformaciones Congenitas Del Corazon</b>". Venezuela, Editorial Arternica (Tradução). 41 — <b>Your Children from One to Six</b>. Publication n.º 30, revised, 1949. Children's Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare. U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 42 — <b>Your Children from 6 to 12</b>: Publication n.º 324, 1949. Children's Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare. U. S. Government Printing Office, Washington. 43 — Various Authors edited by Alan Moncrieff: <b>Nursing and Diseases of Sick Children</b>, London, Lewis &amp; Co. Ltd., 4.ª Ed., 1947. 44 — Woodcock, Lenise P. <b>Life and Ways of the Two-Year-Old</b>. New York, E. P. Dutton Co, 1952.</p>
<p>16. Considerações sobre o sistema genito-urinário e anomalias congênitas. Cuidados de enfermagem em: Glomerulonefrite-Difusa-Aguda, Nefrite-Difusa-Aguda, Nefrose, pielites, etc.</p>	<p>4. Cap. XXXIII, pág. 431, 17. Cap. XIV, pág. 351. 20. Cap. XXXV, pág. 387. 21. Cap. XXVIII, pág. 315. 27. págs. 1208-1231. 32. Cap. XXXV, pág. 1385 (3.º vol.). 35. Cap. XXI, pág. 344. 36. Cap. XIII, pág. 321. 43. Cap. XXIX, pág. 503. 83. págs. 173-176. 89. pgs. 549-557. 95. págs. 300-303. 98. págs. 505-516. 100. págs. 792-803. 119. págs. 823-834. 772. págs. 738-749. 131. págs. 528-535. 133. págs. 164-171.</p>	<p>23 — Medeiros, M. <b>Aspectos da Psicologia Infantil</b>. São Paulo, Ed. José Olimpio, 1952. 24 — Meck, Louis H. <b>Your Child's Development and Guidance</b>. New York, Lippincott, 1940. 25 — Mira y Lopes, Emilio. <b>Psicologia Evolutiva da Criança e do Adolescente</b>. Rio de Janeiro, Ed. Científica, 1946. 26 — <b>O Mundo da Criança</b>. Tr. do ingles. Vols. 12 e 13. Rio de Janeiro. Ed. Delta S. A. 27 — Nelson, Waldo E. e Colaboradores. <b>Textbook of Pediatrics</b>. Philadelphia, Saunders Co., 1950, 5.ª Ed. 28 — Pernetta, Cesar. <b>Alimentação do lactente sadio</b>. 2.ª Ed., 1947. 29 — Proudfit, F. T. and Robinson, C. H. <b>Nutrition and Diet Therapy</b>. 11th Ed., The Macmillan Company, New York, 1955. 30 — Rand, Winifred e outros. <b>Growth and Development of the Young Child</b>. Philadelphia. 3.ª Ed. Saunders Co, 1942. 31 — <b>Regime Alimentar</b>. Ministério de Educação e Saúde. Departamento Nacional da Criança. Coleção D.N.C. 108. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro. 1944. 32 — Rocha, da, José M. e Colaboradores: <b>Compêndio de Pediatria e Puericultura</b>. Vols. I-II-III, Rio de Janeiro, Ed. Cosmopolita Ltda., 1952. 33 — Santos, T. M. <b>Psicologia da Criança</b>. Rio de Janeiro, Livraria Boffoni, 1948. 34 — <b>School Feeding</b>. F. A. O. Nutritional Studies n.º 10, November, 1953. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome, Italy. 35 — Sellow &amp; Walters &amp; Harver: <b>Nursing of Children</b>, Philadelphia, Saunders Co., 6.ª Ed. 1948. 36 — Sellow, Gladys. <b>Nursing of Children</b>, Philadelphia, Saunders Co., 5.ª Ed., 1945. 37 — Spock, Benjamin. <b>Baby and Child Care</b>. New York. Pocket Book, Inc., Rockefeller Center, 1946. 38 — Stagner, Ross. <b>Psychology</b>. New York. McGraw Hill Book Co., 1948. 39 — Telles, Walter: <b>Manual de Pediatria de Urgência</b>, Rio de Janeiro, Ed. Capitólio Ltda., 1953. 40 — Taussig, Helen B. "<b>Malformaciones Congenitas Del Corazon</b>". Venezuela, Editorial Arternica (Tradução). 41 — <b>Your Children from One to Six</b>. Publication n.º 30, revised, 1949. Children's Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare. U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 42 — <b>Your Children from 6 to 12</b>: Publication n.º 324, 1949. Children's Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare. U. S. Government Printing Office, Washington. 43 — Various Authors edited by Alan Moncrieff: <b>Nursing and Diseases of Sick Children</b>, London, Lewis &amp; Co. Ltd., 4.ª Ed., 1947. 44 — Woodcock, Lenise P. <b>Life and Ways of the Two-Year-Old</b>. New York, E. P. Dutton Co, 1952.</p>
<p>17. Recreação da criança no Hospital</p>	<p>4. Cap. XXVI, pág. 335. 20. Cap. VIII, pág. 89. 21. Cap. XII, pág. 110. 35. Cap. X, pág. 151. 36. Cap. II, pág. 51. 104. págs. 393-396. 51. págs. 4-9.</p>	<p>45 — Adams, Farret H. e outros. "Right Heart Catheterization in Persistent Ductus Arteriosus and Aortic Pulmonary Septal Defect". <b>The Journal of Pediatrics</b>, 40: 49-59, 1952. 46 — Adams, Farret Y. "Pulmonary Hypertension in Children due to congenital Heart Disease". <b>The Journal of Pediatrics</b>, 40:42-47, Jan. 1952. 47 — Allen, F. Pearson: "A New Approach in the Therapy of Enterobius". <b>The Journal of Pediatrics</b>, 46:155-157, Fev., 1955. 48 — Antonius, Nicholas A. e outros. "The Book Operation for Pulmonary Stenosis". <b>The Journal of Pediatrics</b>, 46:54-66, Jan., 1955.</p>

## B I B L I O G R A F I A

### L I V R O S

- 1 — Alcantara, Pedro de. **Contribuição para o Estudo da Proteção da Criança contra os Agravos Psíquicos**. São Paulo.
- 2 — Alcantara, Pedro de. **Higiene da Primeira Infância**. São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1951.
- 3 — Baptista, Vicente. **Dietética Infantil**. Cia. Melhoramentos, 1945.
- 4 — Benz, Gladys S.. **Pediatric Nursing**. St. Louis, Mosby Co., 1948.
- 5 — **Breast Feeding**. Children's Bureau Folder n.º 8, 1947. Federal Security Agency.
- 6 — Cooper, L. F. e outros. **Nutrition in Health and Disease**. 12th Ed., Lippincott Company, Philadelphia, 1953.
- 7 — Costa, Dante. **Merendas Escolares**. Departamento Nacional da Criança, Rio de Janeiro, 1939.
- 8 — **Dados científicos sobre os Produtos Nestlé**. Companhia Nestlé, 1954.
- 9 — Dunham, E. C. **Premature Infants**. Children's Bureau Publication n.º 325. Federal Security Agency, 1948.

### R E V I S T A S

- 45 — Adams, Farret H. e outros. "Right Heart Catheterization in Persistent Ductus Arteriosus and Aortic Pulmonary Septal Defect". **The Journal of Pediatrics**, 40: 49-59, 1952.
- 46 — Adams, Farret Y. "Pulmonary Hypertension in Children due to congenital Heart Disease". **The Journal of Pediatrics**, 40:42-47, Jan. 1952.
- 47 — Allen, F. Pearson: "A New Approach in the Therapy of Enterobius". **The Journal of Pediatrics**, 46:155-157, Fev., 1955.
- 48 — Antonius, Nicholas A. e outros. "The Book Operation for Pulmonary Stenosis". **The Journal of Pediatrics**, 46:54-66, Jan., 1955.

- 49 — Babich, John N. e outros. "Internal Prolapse of Sigmoid Colon in Infants and Children". *The Journal of Pediatrics*, 40:479-481, April, 1952.
- 50 — Bakwin, Harry. "Children with Circumscribed Interest Patterns". *The Journal of Pediatrics*, 46:238-239, Fev. 1955.
- 51 — Bassi, Mery Aida. "Recreação em Pediatria". *Hospital de Hoje*. 3:4-9. Segundo trimestre de 1956.
- 52 — Black, Irma S. "Every day Problems of the Pre School Child": *The Journal of Pediatrics*, 41:233-243, Agosto 1952.
- 53 — Beck, William C. e Chohany, George. "The Duodenal Atresia". *The Journal of Pediatrics*, 42:432-439, April 1953.
- 54 — Bickford, Ellinor e Budd, Esther. "Pulmonary Resection". *The American Journal of Nursing*, 52:40-43, Jan., 1952.
- 55 — Bollinger, John A. e Fahay, John J. "Snapping Thumb in Infants and Children". *The Journal of Pediatrics*, 41:445-450, Outubro, 1952.
- 56 — Brazelton, Berry T. e outros. "Emotional Aspects of Rheumatic Fever in Children". *The Journal of Pediatrics*, 43:339-358, Set. 1953.
- 57 — Bridgen, Walter F. "Pulmonary Resection". *The American Journal of Nursing*, 52:38-39, Jan. 1952.
- 58 — Campbell, Latis M. and Davis, Larcie G. "Nursery School Experience". *The American Journal of Nursing*, 53:1336-1338, Nov. 1953.
- 59 — Carvalho, Azarias de A. e outros. "Considerações sobre a Desidratação na Criança, condicionada por Perturbação Aguda do Estado Nutritivo". *Pediatria Prática*, 26:45-52, Fev., 1955.
- 60 — Chan, K. F. e Brown, H. W. "The Treatment of Pinworm Enterobius Vermicularis Infection with Bacitracin and Sulfasuxidine". *The Journal of Pediatrics*, 43:290-293, Set., 1953.
- 61 — Conley, John J. "Tracheotomy". *The American Journal of Nursing*, 52:1078-1081, Set., 1952.
- 62 — Conleu, Lockard C. "The Anemias". *The American Journal of Nursing*, 52:957-959, Agosto, 1952.
- 63 — "Converting to Terminal Formula Heating". Heineman, H. E. D. Grace Huey e colaboradores. *The American Journal of Nursing*. 51:606, October, 1951.
- 64 — Cook, Jean V. "Chronic Myelogenous Leukemia in Children". *The Journal of Pediatrics*, 43:537-550, Maio 1953.
- 65 — Costa, Dante. "Principais deficiências nutritivas de criança em idade escolar". *Revista Brasileira de Medicina*. Rio de Janeiro, 1942.
- 66 — Crump, Perry E. "Umbilical Hernia". *The Journal of Pediatrics*, 40:214-233, Fev., 1952.
- 67 — Crump, Perry E. e Robinson, Judkin M. "Umbilical Hernia". *The Journal of Pediatrics*, 40:777-780, Junho 1952.
- 68 — Curti, Primo e outros. "Atresia Congenita das Vias Biliares Extra-Hepáticas". *Pediatria Prática*, 25:190-102, Junho, 1954.
- 69 — Cutler, Harold. "Otitis Media". *The American Journal of Nursing*. 52:573-574, Maio, 1953.
- 70 — Deisher, R. W. and Goers, S. S. — "A study of early and later introduction of solids in the infant diets". *Journal of Pediatrics*. 45:191, August, 1954.
- 71 — Denton, Robert e Ross, Charles. "Mist-02-Gen Therapy and Postural Drainage for Respiratory Difficulties of the Newborn Infant (Aerosol)". *The Journal of Pediatrics*, 42:551-557, Maio, 1953.
- 72 — Downing, Daniel F. e outros. "The Hypothermia in Cardiac Surgery". *The Journal of Pediatrics*, 44:134-144, Fev. 1954.
- 73 — Dunavant, David W. e Wilson, Harwel. "Inguinal Hernias in Infants and Children". *The Journal of Pediatrics*, 44:558-569, Maio, 1954.
- 74 — Fischer, Harry W. e outros. "Lobar Emphysema in Infants and Children". *The Journal of Pediatrics*, 41:402-410, Out. 1952.
- 75 — Fischer, Alfred F. "Sibling Relationship with Special Reference to the Problems of the Second Born". *The Journal of Pediatrics*, 40:254-259, Fev. 1952.
- 76 — Fleming, Jeanne St. Sauver. "Safety for Hospital Patients". *The American Journal of Nursing*, 53:465-467, Abril, 1953.
- 77 — Fleming, Mildred. "Rheumatic Fever and Cortisone Therapy" *The American Journal of Nursing*, 56:728-731, Junho, 1956.
- 78 — Frank, Ruth. "Parents and the Pediatric Nurse". *The American Journal of Nursing*. 52:76-77, Jan., 1952.
- 79 — Freed, Earl X. e outros. "The Relation of Cardiac Disease to Feelings of Fear". *The Journal of Pediatrics*, 43:483-488, Out., 1953.
- 80 — Freeman, Max E. e Parker, George F. "Treatment of Staphylococcal Pericarditis". *The Journal of Pediatrics*, 43:720-723, Dez., 1955.
- 81 — Galligan, John J. e outros. "The Congenital Pulmonary Stenosis without Cyanosis". *The Journal of Pediatrics*, 41:562-571, Nov., 1952.
- 82 — Garrison, Roy F. e Swisher, Robert C. "Myocarditis of Unknown Etiology (Fiedler's) Treated with A.C.T.H." *The Journal of Pediatrics*, 42:591-599, Maio 1953.
- 83 — Gayotto, Fernando. "Conceito e Cura da Glomerulonefrite Difusa-Aguda". *Pediatria Prática*, 25:173-176, Maio, 1954.
- 84 — Gerber, Alex. "Gastrointestinal Distention in Infants". *The Journal of Pediatrics*, 46:67-77, Jan. 1955.
- 85 — Gilman, Robert Louis e Pulman, Henry Harris. "Poliosis". *The Journal of Pediatrics*, 40:101-104, Jan., 1952.
- 86 — Goldbloom, Richard B. e Goldbloom, Alton. "Boric Acid Poisoning". *The Journal of Pediatrics*, 43:631-643, Dez., 1953.
- 87 — Hansen, Arild E. "Rheumatic Fever". *The American Journal of Nursing*, 53:168-171, Fev., 1953.
- 88 — Hartmann, John e Bolduc, Rose A. "Hemophilia". *The American Journal of Nursing*, 56:169-174, Fev. 1956.
- 89 — Herbert, Hyland J. "Acute Glomerulonephritis in Childhood". *The Journal of Pediatrics*, 40:549-557, Maio 1952.
- 90 — Herzmark, Maurice H. "Teaching Infants to Walk: Physiological Considerations". *The Journal of Pediatrics* 42:429-431, Abril 1953.
- 91 — Holt, Emmett L. "Celiac Disease — What is it?" *The Journal of Pediatrics*, 46:369-379, Abril, 1955.
- 92 — Ivy, Robert E. e Leonard, Fred H. "Sicle — Cell Anemia with Unusual Bone Changes". *The Journal of Pediatrics*, 43:312-315, Set., 1953.
- 93 — Jackson, Robert. "Feeding Healthy Infantis". *American Journal of Nursing*, 55:1076, September, 1955.
- 94 — Johnstone, Douglas E. e outros. "A study on Boric Acid Absorption in Infants" from the Use of Baby Powders". *The Journal of Pediatrics*, 46:160-167, Fev., 1955.
- 95 — Kaplan A. Sol e Callison, Cornelia "Nephroses in Children". *The American Journal of Nursing*, 56:300-303, Fev. 1956.
- 96 — Katz Geneva. "The Happy Ship". *The American Journal of Nursing*, 52:598, Maio, 1952.
- 97 — Kean, B. H. "Treatment of Enterobiasis (Oxyuriasis). The Need for a Special Sleeping Garment". *The Journal of Pediatrics*, 43:47-53, Julho, 1953.
- 98 — Kelley, Vincent C. e Panos, Theodore C. "The Nephrotic Syndrome in Children". *The Journal of Pediatrics*. 41:505-516, Nov., 1952.
- 99 — Krahulik, Lambert e outros. "Congenital Obliteration of the Bile Ductus". *The Journal of Pediatrics*, 41:774-783, Dez., 1952.
- 100 — Kramer, Benjamin "The Treatment of the Nonedematous Nephrotic Child with ACTH". *The Journal of Pediatrics*, 41:792-803, Dez., 1952.
- 101 — Lee, Henry F. e outros. "Impetigo and Acute Infectious Exfoliative Dermatitis of the Newborn Infant (Ritter's Disease)". *The Journal of Pediatrics*, 49: 159-169, Agosto, 1952.
- 102 — Levy, Harold e Zweifler, Ben. "The Use of Banthine Bromide in Infantile Pyloro spasm". *The Journal of Pediatrics*, 42:673-679, Junho, 1953.
- 103 — Levy, Walter. "Aplastic Anemia in Siblings with Multiple Congenital Anomalies (The Falconi Type)". *The Journal of Pediatrics*, 40:24-41, Janeiro, 1952.
- 104 — Lippitt, Rosemary "Role Playing". *The American Journal of Nursing*, 53:693-696, Maio, 1953.
- 105 — Low, Charles N. "Principles of Parental Fluid Therapy". *The American Journal of Nursing*, 53:963-965, Agosto, 1953.
- 106 — Lund, George W. "Growth Study of Children with the Tetralogy of Fallot". *The Journal of Pediatrics*, 41:572-577, Novembro, 1952.
- 107 — Lukin, Sanford e outros. "The Treatment of Acute Leukemia in Children". *The Journal of Pediatrics*, 41:40-46, Julho, 1952.
- 108 — Murphy, Edward S. e Johns, Ricard B. "Infections Hepatitis in Childhood, with a Special Consideration of Progressive Hepatitis" *The Journal of Pediatrics*, 42:707-713, Junho, 1953.
- 109 — Neto, Amado Vicente, "Tratamento da Enterobiose pelo Hidrato de Piperazina". *Pediatria Prática*, 35:243-249, Set., 1955.
- 110 — Newton, Niles, "Nipple Pain and Nipple Damage" *The Journal of Pediatrics*, 41:411-423, outubro 1952.
- 111 — Nisenson, Saron. "Hypo-proteinemia and Edema in Eczema", *The Journal of Pediatrics*, 46:544-551, Maio, 1955.
- 112 — Orine, Henry W. e Adams, Forrest H. "The Relationship of Intracardiac Pressures and Electrocardiographic Findings in cases of congenital Heart Disease". *The Journal of Pediatrics*, 41:53-72, Julho 1952.
- 113 — Overholser, Margery T. "The Congenital Cardiac Program and the Nurse". *The American Journal of Nursing*, 53:478-1480, Dezembro, 1953.
- 114 — Peterman, N. G. "Febrile Convulsions". *The Journal of Pediatrics*, 41:536-540, Novembro, 1952.
- 115 — Pryor, Helen B. "Oxyuris Vermicularis: The most prevalent Parasite Encountered in the Practice of Pediatrics". *The Journal of Pediatrics*, 46:262-265, Março de 1955.
- 116 — Pulman, Henry P. "The Incidence of Dermatoses among Infants and Children as seen in the Out patient Clinic at Skin Hospital in a large city". *The Journal of Pediatrics*, 42:700-706, Junho, 1953.
- 117 — Riley, O. Arnold e Longhurst M. Grace, "Pulmonary Decortication", *The American Journal of Nursing*, 52:878-880, Julho, 1952.
- 118 — Rosenzweig, Joseph L. "Cardic-Esophagal Relation. Treatment with an inexpensive Chan". *The Journal of Pediatrics*, 44:574-577, Maio, 1954.
- 119 — Rubin, Mitchell I. e outros "Renal Functions Studies in Acute Glomerulonephritis in Children". *The Journal of Pediatrics*, 41-823-834, Dec., 1952.
- 120 — Santos, Americo C. e outros. "Laringo-Traqueites e Laringo-Traqueo-Bronquites Agudas", *Pediatria Prática*, 26:27-43, Fev., 1955.

(Conclui no rodapé da página seguinte)

# Fundamentos Para a Criação de Uma Escola de Arquivo Médico e Estatística num Hospital Moderno

G . J . D A R O S A E S I L V A

Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HSE. Presidente da Associação de Hospitais do Rio de Janeiro

A nossa experiência em Administração hospitalar e, sobretudo, nos assuntos que se relacionam com o Arquivo Médico e Estatística, permite-nos defender a idéia da criação e manutenção de uma escola de Arquivo Médico e Estatística num hospital com mais de 600 leitos.

A existência de uma Escola dessa natureza, na organização hospitalar, é uma consequência da expansão e do alto nível técnico-administrativo a que chegou um serviço especializado, como deve ser o de Arquivo Médico e Estatística.

Nesse caso, então, essa Escola proporcionará um acentuado benefício à coletividade porque um sempre crescente número de pessoas será beneficiado por sua ação realizadora e reformadora, desde que essas pessoas se apossarão de conhecimentos básicos, indispensáveis e úteis, para a manutenção de um elevado padrão hospitalar.

Trata-se, portanto de uma ação educativa necessária, e, tudo indica a justiça de sua realização, desde que se procura, com êsse objetivo, criar condições ideais de trabalho. Além do mais, essa Escola, não deverá ter uma ação restrita, desde que sua ação benéfica poder-se-á fazer sentir nos recantos mais distantes do país. Será então essa organização a primeira, no gênero, na América Latina.

Escolas similares são encontradas em hospitais dos EUA e da Inglaterra. Na América do Norte, por exemplo, existiam em 1953 onze escolas desse tipo, aprovadas pelo Conselho de Educação Médica de Hospitais da Associação Médica Americana. Constituem os cursos nela ministrados, uma combinação de informações teóricas e práticas sobre as questões relacionadas com o Arquivo Médico. A prática, no caso, é um detalhe de importância vital, visto que os conhecimentos essenciais correlatos não podem ser aprendidos somente em livros e leituras.

(\*) Trabalho apresentado ao 2.º Congresso Nacional de Hospitais, realizado em 1958, em Belo Horizonte.

Objetiva-se, assim, fortalecer a organização, concedendo-lhe maior flexibilidade, maior poder de penetração e, sobretudo, melhor qualificação pessoal.

Dessa maneira, com a criação da Escola de Arquivo Médico e Estatística, procura-se atingir os seguintes objetivos:

- a) orientação
- b) especialização
- c) difusão de conhecimentos

É de se crer que tais objetivos concorram de maneira direta no sentido de aumentar a eficiência da organização hospitalar.

É óbvio que se estabeleça um programa educacional, através de um treinamento teórico e prático, cuja finalidade precípua é a de ajudar a compreender os problemas relacionados com a organização hospitalar e, mui especialmente, com aqueles que dizem respeito às atribuições de um serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Na realidade, acreditamos que tal orientação só poderá prestar reais serviços à comunidade, desde que proporcione a difusão de conhecimentos sobre a matéria, permitindo uma maior participação em programa técnico científico relacionado com a questão em foco. Outrossim, é de se convir que essa orientação servirá para elevar a eficiência e o nível de atendimento dos pacientes pelas organizações hospitalares.

Por outro lado, é sabido que o treinamento especializado é considerado, na atualidade, como o fator preponderante, que maior influência exerce no sentido de favorecer uma maior assimilação dos conhecimentos relacionados com o assunto, além de permitir um maior apuro técnico.

Dessa maneira, poderá o servidor identificar-se rapidamente com os processos técnico-administrativos hospitalares, mórmente os relacionados com o Arquivo Médico e Estatística.

## Conclusão da página precedente:

- 121 — Shwartzman, Joseph e outros. "Chorea Minor". *The Journal of Pediatrics*, 42:278-289, Set., 1953.
- 122 — Seiger, Wright H. "Treatment of Essential Nocturnal Enuresis". *The Journal of Pediatrics*, 40:738-749, Junho, 1952.
- 123 — Silverstein, A. M. e Gips, Claudia D. "Skin care for Incontinent Patients". *The American Journal of Nursing*, 52:63-64.
- 124 — Stephens, Le Roy J. e Heberling Avril M. "o — Benzil — p — Clorophenol in the Prevention and Treatment of Ammonia Dermatitis". *The Journal of Pediatrics*, 40:750-756, Junho, 1952.
- 125 — Taussing, Helen B. "Congenital Malformations of the Heart". *The Journal of Pediatrics*, 41:853-859, Dez., 1952.
- 126 — "The Control of Oxygen Therapy for the Prevention of Retro lental Fibroplasia". *The Journal of Pediatrics*, 46:365-368, Março, 1955.
- 127 — "The Infantil Eczema". *The Journal of Pediatrics*, 43:359-361, Set., 1953.
- 128 — "The Prevention of Rheumatic Fever". *The Journal of Pediatrics*, 42:511-514, Abril, 1953.
- 129 — Torrey, Francis "Care of Normal Skin". *The American Journal of Nursing*, 53:460-463, Abril, 1953.
- 130 — Vignec, Alfred J. e Mitty, Virginia C. "Treatment of Constipation in Infancy and Childhood". *The Journal of Pediatrics*, 40:476-578, Maio, 1952.
- 131 — Walker, Stuart H. "Adrenocorticotrophic Hormone in the Control of Acute Infantile Bronchiolites". *The Journal of Pediatrics*, 41:528-535, Novembro, 1952.
- 132 — Weeks, Virginia e Lehmann, Walter X. "Erythema Multiforme Exudativum Treated with Cortisone or Adrenocorticotrophic Hormone". *The Journal of Pediatrics*, 44:508-515, Maio, 1954.
- 133 — Wilson, Reginal e Rowe, Richard. "Some Special Problems in the Use of ACTH and Cortison Therapy in Children". *The Journal of Pediatrics*, 40:164-171, Fev., 1952.
- 134 — Wilson, Henry E. e Price, Geraldini. "Leukemia". *The American Journal of Nursing*, 56:601-605, Maio 1956.
- 135 — Wineman, David. "When a Hospitalized Child Must Be Disciplined". *The American Journal of Nursing*, 56:568-571, Maio, 1956.
- 136 — Wood, Alice. "The history of artificial feeding". *Journal of the American Dietetic Association*. 31:474, May, 1955.
- 137 — Zuelzer, Wolf. W. "Hemolytic Anemia". *The Journal of Pediatrics*, 41:479-491, Out., 1952.

Convenhamos que o terceiro objetivo, a difusão de técnicas e conhecimentos é uma necessidade imperiosa, visto que essa difusão só poderá ser benéfica ao progresso, porque ela transmitirá não só o conhecimento acumulado e adquirido de outros centros mais adiantados, como, também, o que é produto de experiências adquiridas com a prática.

Por todos êsses motivos, vê-se quão importante é essa tarefa, desde que se propõe a Escola de Arquivo Médico a:

- 1 — Preparar pessoal técnico;
- 2 — Dar uma visão geral, ampla, do valor e da importância das atividades relacionadas com o serviço, dentro da organização hospitalar;
- 3 — Formar uma unidade de pensamento e de ação, entre aquelas cujo objetivo é o de melhorar as condições técnico-administrativas das organizações hospitalares.

Pretende-se, portanto, criar condições de valorização de atividades dessa natureza, proporcionando uma elevada percentagem de conhecimentos técnicos, teórico-práticos para o exercício das mesmas.

Além do mais, é sabido que a educação é o único recurso que se tem para elevar o padrão de eficiência e aumentar o rendimento do trabalho nas organizações hospitalares. É por isso que a formação de pessoal habilitado para trabalhar em setores especializados como êsse é de importância fundamental para organizações hospitalares.

Sua importância, aliás, cresce de significação, porque visa êsse aprendizado não só favorecer, como concorrer para a melhoria da qualidade das tarefas próprias das organizações hospitalares, mormente com as que relacionam, não é demais repetir, com as atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Evita-se, assim, não só o sistema rotineiro e prejudicial, permitindo o desenvolvimento de uma maior solidariedade cultural, além de conseguir-se formar uma nova mentalidade relacionada com os problemas atinentes ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Na atualidade, essa orientação é valiosa, de vez que o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico é o responsável, sob certo aspecto pela unidade hospitalar, dadas as características que possui e, sobretudo, às múltiplas atividades dentro da organização.

Outrossim, conseguir-se-á, em consequência, inculir uma mística que certamente, concorrerá para a unidade de pensamento e da ação, em torno do problema. Dessa maneira, determinar-se-á, então, uma maior penetração e difusão de conhecimentos, correlatos com o problema em questão, proporcionando, assim, reais benefícios à comunidade.

É claro que, por força das circunstâncias especiais, somente os grandes hospitais, com 600 ou mais leitos, e, com experiência e

organização de um hospital padrão, poderão e deverão manter uma Escola dêsse tipo.

Na programação do curso a ser ministrado pela Escola, procurou-se adotar uma série de matérias consideradas essenciais ao desempenho das funções e atribuições dentro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística e, cujos programas correspondem, naturalmente, às necessidades do ensino.

Dessarte, o planejamento do currículo para a Escola de Arquivo Médico e Estatística proporcionou, naturalmente, a inclusão das seguintes matérias tão necessárias em curso especializado dessa natureza:

- a — Noções de Anatomia Humana;
- b — Noções de Fisiologia Humana;
- c — Arquivo Médico e Terminologia Médica;
- d — Nomenclatura padrão e classificação internacional;
- e — Noções de Estatística;
- f — Noções de Administração Geral, Administração de Pessoal e de Direito Administrativo;
- g — Serviços hospitalares. Organização e Administração de Hospitais;
- h — Noções de Psicologia do Trabalho;
- i — Organização e Métodos;
- j — Noções de Mecanografia;
- k — Noções de Ciências Sociais e Relações Públicas;
- l — Estágio.

## CONCLUSÕES

Do exposto, conclui o autor que:

- 1.º — As grandes organizações hospitalares de alto padrão, à semelhança do HSE, devem manter uma Escola de Arquivo Médico e Estatística.
- 2.º — A criação da Escola de Arquivo Médico e Estatística é de importância fundamental para a organização porque objetiva, sobretudo, a especialização, a difusão de conhecimentos e o preparo de pessoal técnico.
- 3.º — A Escola de Arquivo Médico e Estatística será de valor inestimável porque beneficiará um sempre crescente número de pessoas, proporcionando assim, uma maior eficiência e um maior rendimento de trabalho nas organizações hospitalares do país.

## RESUMO

O autor apresenta uma série de razões para a criação de uma Escola de Arquivo Médico e Estatística tecendo considerações sobre o valor inestimável que a mesma deverá proporcionar tanto ao pessoal como às próprias instituições hospitalares do país.

---

## Chamamos a atenção dos senhores sócios para o artigo 13 dos Estatutos do IPH:

### Dos Direitos e Deveres dos Sócios.

Artigo 13 — O Sócio do IPH será excluído do quadro social:

- a) por atraso de pagamento de contribuição devida por mais de seis meses; mediante decisão da Diretoria.

A presente diretoria vê-se obrigada a aplicar com rigor o referido artigo, a partir de 30 de junho de 1960, em face das atuais elevações de custo de impressão da Revista "Hospital de Hoje", e vem pois pedir a imediata liquidação da anuidade.

## HOSPITAIS ESTRANGEIROS

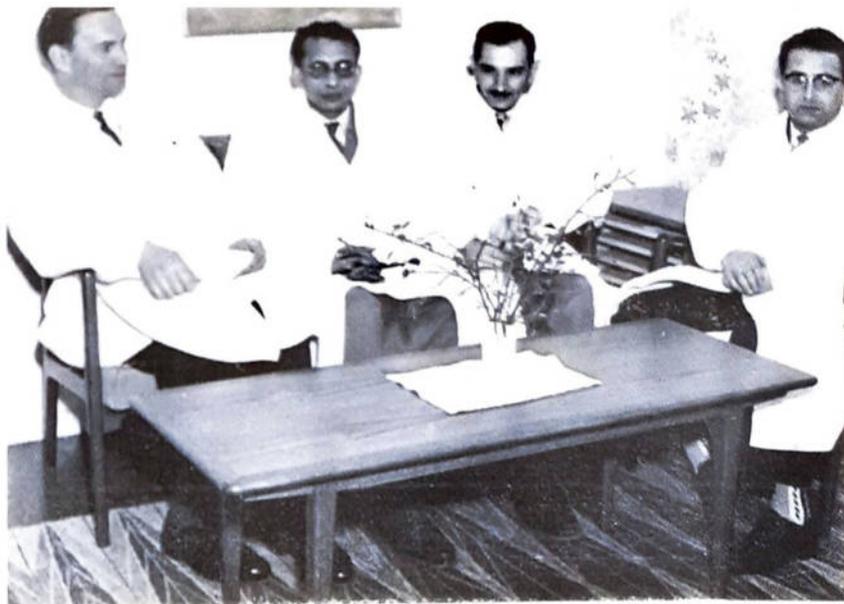


Figura 1 — O médico-chefe do Hospital, Dr. Daniel Parers (1.º a esquerda) recebe o Dr. Martinus Pawel, acompanhado dos Drs. Biswanah Banerjea (Índia, 2.º) e Hugo Calderon (Chile, 4.º). — Note-se a decoração de tipo residencial do Hospital.

ADMINISTRADOR STEN-ERIK GLAS

## O NOVO HOSPITAL DE SANDVIKEN

Este hospital é o sexto inaugurado na província de Gävleborg, contado aí também o Hospital Central de Gävle. Em 1943 a Câmara Provincial convocou uma comissão para estudar a assistência médica na área de Sandviken e fazer sugestões. A assistência então dada, com posto hospitalar de 26 leitos, foi considerada muito insuficiente e sugerida a construção de um hospital, com ajuda local. Um relatório adicional do médico Axel Odelberg considerou que um hospital normal, sob o ponto de vista econômico, não deve ter menos de 160-180 leitos, dos quais 60-70 de clínica médica. A população da área a ser servida pelo hospital foi calculada em cerca de 40.000 habitantes.

Uma outra comissão, mais tarde, estudou a distribuição de áreas e funções entre o antigo hospital central em Gävle e o novo hospital auxiliar a ser construído. Em consequência, sugeriu que o novo hospital tivesse 60 leitos clínicos e 80 leitos cirúrgicos, e em tudo 150 leitos.

A construção começou em 23 de setembro de 1952, os primeiros doentes foram admitidos em 3 de outubro de 1957 e a inauguração oficial teve lugar 3 dias depois.

O hospital é construído em T, tendo a internação na ala oeste, ambulatório e tratamento na ala leste; o corpo central, dirigido para norte, alberga administração e alimentação. Um prolongamento do corpo central para o sul oferece a entrada principal. Fora do prédio, ligado a êle por túneis, há a casa de caldeiras e a necrotério. Ainda existem, de construção mais antiga, no mesma quadra de 140.000 m<sup>2</sup>, clínica obstétrica, dispensário

antituberculoso, clínica dentária, posto de saúde materno-infantil e 2 residências para pessoal com 32 apartamentos.

Pretende-se reformar o clínica obstétrica, transformando-a em casa de doentes crônicos com 52 leitos, e construir um pavilhão infantil de 30 leitos e 3 residências para médicos assistentes, com 160 m<sup>2</sup> cada.

A ala de tratamento tem 8 pisos, dos quais 2 subterrâneos.

O inferior contem abrigos antiaéreos e depósitos. O segundo piso alberga admissão ao ambulatório, farmácia, central de oxigênio, arquivo central e depósito central. No terreo encontram-se os consultórios cirúrgicos. Há um elevador separado para os ambulantes. No piso seguinte, o quarto, consultório clínicos e laboratório clínico. No 5.º piso departamento de radiologia. No sexto piso centro cirúrgico e de esterilização. No sétimo piso se aloja o departamento de obstetrícia com 12 leitos e consultórios externos; Finalmente, no 8.º piso há 10 quartos para médicos internos, biblioteca médica (que pode servir para reuniões da diretoria), sala de reunião para pessoal, copa, quarto de hóspedes e biblioteca para pacientes.

A ala de internação também tem 8 pisos. No inferior abrigos e depósitos, no segundo ginasto e fisioterapia, inclusive banhos. No 3.º uma enfermaria médica para homens, no 4.º uma enfermaria médica de mulheres, com 30 leitos cada. No 5.º e 6.º piso há 4 enfermarias cirúrgicas e obstétricas, e no 7.º piso uma enfermaria mixta, prevendo-se o uso de 19 leitos para casos cirúrgicos

ε 6 para casos clínicos. O último andar contém depósito de roupa, sala de costura e a **central de leitos e desinfecção**.

O bloco central se divide em 3 partes: A parte sul encerra no subterrâneo inferior depósitos, instalação elétrica e central telefônica; no subterrâneo superior locais para zelador, barbeiro, vestiários de pessoal e controle de roupa de lavanderia; no terreo hall de entrada, guarda-roupa, telefonista e loja.

A parte norte do bloco central, também em 3 pisos, encerra no inferior depósitos culinários, inclusive refrigerados e congelados; no 2.º piso está a cozinha central, a cozinha dietética e a limpeza de peixes. No terreo está o refeitório do pessoal, um refeitório reservado e uma sala de fumar.

A parte intermediária do bloco central, que liga as alas laterais e a entrada ao departamento de alimentação, alberga a administração e está construída em 2 planos somente: um subterrâneo com vestiários para pessoal, depósitos de carros de transporte de refeições e sala para máquina de lavar louça; um terreo com escritórios administrativos, de governanta e de serviço social.

Casa de caldeiras e departamento de alimentação tem dimensão suficiente para atender a mais 200 leitos, para os quais haveria espaço na extremidade sul do bloco central.

Uma posição panorâmica invejável e uma decoração com cores agradáveis, assim como o equipamento o mais moderno, completam o que é, presentemente, o hospital mais moderno da Suécia. As salas de operação e de anestesia possuem piso condutivo Vinylast; experiências demonstraram suas boas qualidades em face de eletricidade estática e curtos circuitos. Naturalmente é necessário usar também sapatos condutivos, apoios ou rodas condutivas para aparelhos para eliminar de vez os riscos de faíscas elétricas.

Todas camas são inteiramente cromadas. Os corredores das enfermarias estão cobertos com chapas de eternit corrugadas, eficazes na absorção de ruídos. Um dos quartos para um só doente tem dispositivo para injeção de ar frio, conveniente para alguns portadores de moléstias circulatórias. Todas enfermarias possuem tomadas de oxigênio e ar comprimido, algumas ainda de telefone.

Dispositivos de chamada são do tipo Ericsson, que também forneceu instalação central de radioaudição. Telefones rápidos são da marca Centrum.

Os batentes das portas das enfermarias estão munidas de chapas protetoras de aço inoxidável. Em uma das enfermarias foram utilizadas chapas protetoras de plástico, a título experimental. A experiência demonstrará si o plástico é realmente substituto conveniente nesta função, o que seria economicamente muito vantajoso.

Como em outros hospitais modernos da Suécia, existe uma Central de Leitos. **(Quando um doente tem alta, seu leito vai para a central e é imediatamente substituído por um leito previamente preparado, limpo, em condições de receber novo doente. Ganha-se com isso um tempo precioso na admissão de novos doentes, com uso efetivo do pessoal de enfermagem e dos médicos para todos os leitos. Ao mesmo tempo, na Central de Leitos, a cama é limpa de modo muito mais eficiente. Em lugar de se levantar poeira na enfermaria, há por exemplo um mecanismo de aspiração do pó na Central. — Nota de M. Powel).**

Até 6 de outubro de 1957 o custo do hospital foi o seguinte:

	Coroas suecas
Prédio principal, casa de caldeiras, necrotério, caminhos e túneis .....	10.930.000,—
Residências de pessoal .....	945.000,—
Equipamentos .....	900.000,—

**Os arquitetos do hospital foram os senhores G. Birch-Lindgren e R. Holmgren.**

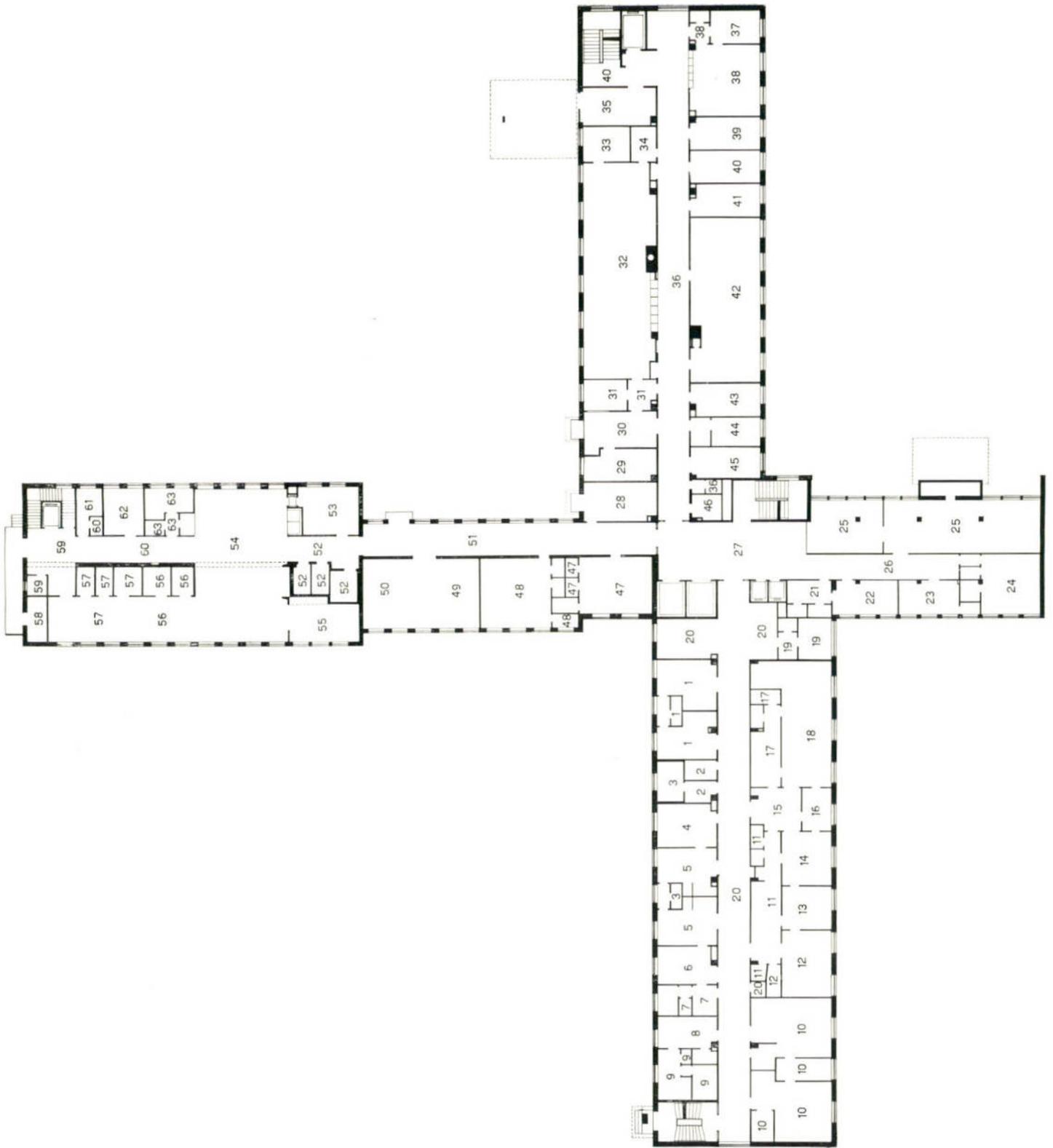
#### LEGENDAS DAS FIGURAS 2 A 4:

2 WC — 3 Chuveiro — 4 Limpeza — 5 Antecâmara — 6 Guarda de cadeiras de rodas — 7 Elevador para macas — 8 Elevador menor — 9 Cabine telefônica — 11 — Esterilização — 12 Enfermaria de três ou seis leitos — 13 — Quarto particular — 14 Quarto de dois leitos — 15 Sala de estar — 16 Terraço — 17 Sala de fumar — 18 Clísteres — 19 Utilidades — 20 Curativos — 21 Consultório — 22 Posto de enfermagem — 23 Copa — 24 Terraço para colchões e móveis estofados — 25 Depósito — 26 Lavatórios — 27 Flores — 28 Vestiário pessoal — 29 Médicos internos — 30 Espera — 31 Expediente da enfermeira — 32 Depósito — 33 Vestiário pacientes — 34 Repouso — 35 Radiografia de ossos — 36 Comando RX — 37 Câmara escura — 38 Exame úmido das chapas — 39 Radioscopias — 40 Hall de escada — 41 Arquivo RX — 42 Relatórios —	43 Radiologista chefe — 44 Espera de acamados — 45 Radiografias urológicas — 46 Radioterapia, Médico assistente — 47 Grua para pacientes acamados — 48 Depósito comum — 50 Depósito material esteril — 51 Autoclaves — 52 Preparo de material para curativos etc. — 53 Teatro operação — 54 Sub-esterilização, Depósito soluções — 55 Cadeiras de rodas — 56 Recuperação — 57 Vestiário médicos — 58 Gesso, anestesia, operações — 59 Material ortopédico — 60 Cistoscopia, anestesia — 61 Roupa branca — 62 Costura — 63 Camas usados — 64 Aspiração de poeira — 65 Lavagem — 66 Lençóis, fronhas, cobertores — 67 Camas feitas — 68 Disponível — 69 Depósito — 70 Recepção de colchões para autoclavagem — 71 Retirada — 72 Pessoal — 73 Ventilação — 74 Aeração — 75 Biblioteca pacientes.
--	---



Figura 5 — 2.º pavimento (subterrâneo)

1 Dois banhos de admissão, WC e vestiários — 2 Roupa suja e escovação — 3 Secagem — 4 Depósito administrativo — 5 Dois vanhos comuns, WC e vestiários — 6 Hidroterapia e banho medicinal — 7 Vestiários, WC e repouso — 8 Vestiários e repouso — 9 Sauna, chuveiros e WC — 10 Depósito, repouso, provas de função cardíaca, sala de técnica, provas de circulação periférica — 11 Vestiários, WC e chuveiro — 12 U. V. coletivo de arco com comando externo — 13 boxes para lampadas de quartzo individuais — 14 Ondas curtas — 15 Sala de espera — 16 Secretaria — 17 como 77 — 18 — Ginásio — Vestiários funcionários com WC — 20 Sala de espera para ambulantes, resp. acamados — 21 Guardaroupa — 22 Zelador — 23 Cabeleireiro — 24 Vestiário estudantes de enfermagem e atendentes com WC e chuveiros — 25 Distribuição de roupa para o hospital, resp. o pesoal — 26 Corredor — 27 Hall de escada — 28 Oxigênio — 29 Almoarifado — 29 Embalagem — 30 Desembalagem — 31 Material de limpeza — 34 Borracha — 35 Admissão ao ambulatório — 36 Corredor e WC — 37/38 Farmácia com depósito e WC — 39 Depósito laboratório — 40/41 Depósitos material cirurgia — 42 Arquivo central — 43 Depósito médico — 44 Entalçamento — 45 Depósito Alcoólico — 46 Limpeza — 47 Vestiário enfermeiras com chuveiro e WCs — 48 Vestiário auxiliares de enfermagem — 49 Carros térmicos — 50 Lavagem automática de louça da cantina — 51 Corredor — 52 Refrigeração preliminar, de leite, de cerveja — 53 Refrigeração outra — 54 Cozinha — 55 Lavagem utensílios de cozinha — 56 Preparo geral — 57 Limpeza dos alimentos — 56/57 boxes: dietas, carne, sobras, verduras, peixes — 58 Lixo culinário — 59 Distribuição — 60 WC — 61 Limpeza — 62 Armazenagem de secos — 63 Secreteria e roupa.



## HIGIENE MENTAL, SAÚDE PÚBLICA E HOSPITAIS

DR. MARTINUS PAWEL

Não é de hoje o interesse da OMS pela higiene mental. Já em 1950 um seu comitê de peritos procurou avaliar as necessidades individuais nos diversos períodos da vida. Também abordou a questão da instrução em higiene mental para o pessoal encarregado de serviços de saúde, assunto que foi mais tarde desenvolvido em um colóquio organizado pelo Escritório Regional Europeu (1953, Amsterdam).

Em 1955, o mesmo Escritório Regional convocou em Monaco um grupo de estudo para examinar os aspectos práticos da questão e formular princípios gerais que pudessem ser aplicados em países diversos. Será interessante resumir suas conclusões:

## COMPREENSÃO INSUFICIENTE NO PLANO MÉDICO

Somente raros serviços preventivos e curativos de saúde pública na Europa concedem às atividades no plano social e psicológico o lugar que merecem. Consequentemente, a assistência médica se faz, com demasiada freqüência, sem um conhecimento completo do ser humano.

A disciplina da Saúde Mental e seus métodos são mesmo encarados muitas vezes com desconfiança, tanto pelo público como pelos próprios médicos.

Esta concepção estreita tem consequências psicológicas funestas: compromete a coordenação entre os diversos serviços médicos e sociais; torna unilateral e insuficiente a intervenção do médico. Para se tornar eficaz, a ação médico-social deve-se revestir de unidade.

Esta unidade de ação deve estender-se particularmente aos serviços de Seguro Social. A amplitude destes serviços em nossos dias torna sua influência psicológica das mais profundas, alterando a atitude do doente perante a moléstia e o médico e a atitude do médico perante o doente. Já se torna sabido que as vantagens automáticas concedidas por tais serviços tornam alguns doentes propensos a delas abusar.

Em conclusão, para que os recursos do Seguro Social tenham a melhor aplicação não basta que o doente seja encorajado a cooperar na sua cura. É preciso que os administradores do Seguro Social se capacitem da importância da higiene mental e das medidas preventivas neste campo, aplicáveis a toda a população segurada, assim como das medidas terapêuticas aconselháveis.

## TRATAMENTO PRECOCE

As fases críticas da vida, sob o ponto de vista biológico, são críticas também para a saúde mental, porque exigem da mente um esforço de adaptação particular. Tais são a puberdade, a gravidez, a menopausa, a velhice. É pois conveniente que as medidas preventivas nestes terrenos incluam a proteção à saúde mental. Aqueles que trabalham nestes setores e entram em contacto com indivíduos que atravessam tais crises biológicas, devem ser capazes de cuidar dos problemas mentais que soem surgir em tais circunstâncias.

A higiene mental, encarada sob o ângulo da saúde pública, não deve pois permanecer sob o domínio dos especialistas. Estes somente devem ser chamados a intervir em casos mais sérios, que se afastem do observado rotineiramente.

Para tanto, os médicos e o pessoal auxiliar devem ser instruídos sobre a importância das questões de saúde mental.

## TRABALHO EM EQUIPE

Os peritos consideram que a organização de equipes para os serviços de saúde pública pode oferecer boa base para a introdução de atividades de higiene mental. Na Finlândia, tal equipe compreende um médico, uma enfermeira e uma parteira, que são os responsáveis diretos pelo doente. Esta equipe pode recorrer à assistência de consultores: psiquiatras, pediatra, assistente social. Estes aconselham aos membros efetivos da equipe, mas não interferem nas relações médico-doente. Com seus conselhos, dados à equipe, contribuem entretanto para a prevenção de desequilíbrios mentais. Equipes análogas funcionam na Grã-Bretanha, Estados Unidos e Canadá.

## O HOSPITAL

A prevenção pelos simples métodos da higiene mental é evidentemente solução mais econômica que a hospitalização.

Assim mesmo, o hospital pode contribuir grandemente para a prevenção e cura de distúrbios mentais, si existe verdadeiro espírito de colaboração, quer entre os diversos membros de sua equipe, quer com pessoal em serviços afins.

Os peritos desaconselham a criação de organização especializada em que estejam centralizados os serviços de saúde mental. Opinam que os conhecimentos neste campo ainda são demasiado empíricos, as necessidades excessivamente amplas, a compreensão do assunto por parte de médicos e público insuficiente e o custo muito grande.

Aconselham antes uma reorientação na administração dos serviços de saúde. Quaisquer que sejam suas funções no hospital, no ambulatório ou na assistência domiciliar, os elementos a que se atribuem atividades de higiene mental devem ser os que tem mais constante contacto com os doentes, pois é necessário conhecer e mesmo estar familiarizado com o enfermo para ter influência mais duradoura sobre ele.

Os peritos pensam neste contexto particularmente no papel do clínico geral, que pode obter orientação de especialistas. Parece-lhes especialmente útil a colaboração dos psiquiatras sociais, como os há nos EE. UU. e Países-Baixos, treinados para ação preventiva em grupos.

## ENSINO

Mas para que a necessidade de higiene mental seja compreendida em toda a parte, seus princípios devem ser introduzidos nos estabelecimentos de formação profissional, assim como devem encontrar lugar nos programas dos cursos. O sanitário especialmente deve ser iniciado neste ramo, enquanto o psiquiatra deve adquirir conhecimentos de sociologia, prática administrativa e administração de serviços médicos.

Para tanto, os professores devem ser selecionados entre pessoas que tenham assimilado perfeitamente os princípios da higiene mental e os saibam aplicar.

## EDUCAÇÃO SANITÁRIA

SAMUEL B. PESSOA

Professor da Universidade de São Paulo

I. A educação sanitária, na aparência uma disciplina simples, na realidade é muito difícil não só quanto à teoria, mas principalmente quanto à sua prática; talvez mesma a mais difícil e, sem dúvida, a mais importante no jôgo dos fatôres empregados pelo sanitarista para levar avante sua missão — a difusão da saúde entre os componentes de uma comunidade. A Higiene, ciência de aplicação, utiliza-se para seus fins dos mais variados ramos do conhecimento; todavia no conjunto da orquestra Sanitária, a Educação para Saúde assinala-se por ser o instrumento mais importante; talvez assim, na orquestra, como o primeiro violino. . . Cultor que somos da Parasitologia, ciência que ocupa posição mais modesta, neste conjunto, fornece ela, entretanto, subsídios dos mais valiosos para a Educação Sanitária, particularmente na luta contra as várias endemias parasitárias, que ainda assolam o homem brasileiro.

II. Dissemos, no princípio, que a ciência da Educação Sanitária é uma ciência difícil; agora queremos acrescentar, extremamente difícil no Brasil. Isto porque, quanto mais pobres as comunidades mais necessitam de educação; populações pobres, e por conseguinte iletradas, custam mais a aceitar os princípios de higiene e, muitas vezes, aceitando-os embora, acham-se impossibilitadas de aplicá-los. E, ainda mais, se a educadora sanitária quiser tornar mais útil seu trabalho, começará sua tarefa entre os habitantes mais pobres, justamente os mais afetados pelas diversas sortes de doenças, tanto as infecciosas como as carenciais e, mesmo em certas circunstâncias, as degenerativas. E então irá verificar que diversos princípios básicos da medicina preventiva ou são inaplicáveis ou são ineficazes. Tomemos, por exemplo, as doenças infecciosas;

grande número delas se dissemina por falta de tratamento higiênico dos excretos humanos — a instalação de um sistema para seu tratamento resolveria a questão na teoria, pois na prática diversas doenças transmitidas pelos dejetos continuarão a se propagar. Aqui entrará, como fator de relevância na solução do problema, a educação sanitária da população. Outras doenças têm por origem as carências alimentares, tanto quantitativas como qualitativas. Não há, entretanto, conselhos que consigam fazer um indivíduo alimentar-se convenientemente, se ele não possuir dinheiro suficiente para adquirir os gêneros alimentícios necessários.

III. De qualquer forma vemos que dois problemas de higiene de capital importância para o nosso País, devem ser sempre abordados quando se trata da educação sanitária: a alimentação e o tratamento dos dejetos humanos. É certo, sabemos perfeitamente que tanto um como outro nunca serão resolvidos unicamente pelas organizações da Saúde Pública: Postos de Higiene, Centros de Saúde ou pelos médicos, guardas ou educadores, mas sim e principalmente pelo aumento da riqueza da população. O ilustre higienista Prof. Paula Souza, falecido há alguns anos e fundador da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, disse de uma feita que se fôsse obrigado a propor o emprêgo de uma única medida para melhorar as condições de saúde de uma comunidade, êle proporia o aumento dos vencimentos para tôdas as classes de assalariados da comunidade em aprêço. Significa isto que, com mais dinheiro, automaticamente adquire-se mais saúde. Mas o problema da educação sanitária é dar mais saúde sem cogitar do aumento dos salários,

pois também, e de maneira menos evidente, tornando-se o povo mais sadio, haverá maiores probabilidades de tornar-se mais rico. Deve-se, todavia evitar o perigo do otimismo exagerado ao pensar que a erradicação de certas endemias terá como corolário obrigatório a elevação do nível de vida da comunidade onde ela reinava. Assim, por exemplo, a malária foi por muito tempo responsabilizada pela falta de progresso de extensas regiões do País. No entanto, sua erradicação parece que praticamente, em nada modificou a situação econômica e social de muitas destas populações nem acelerou o seu progresso material. O desaparecimento da malária, contudo, diminui uma causa do sofrimento do povo, evitando padecimentos e mortes, e aumentando a felicidade e o bem-estar destas regiões. A erradicação da malária, permite, por conseguinte, o progresso econômico e social que só virá efetivamente pelo jôgo de numerosos fatores e não unicamente pelo fato de a região não ser mais malarígena. Assim, a educação sanitária, modificando os hábitos anti-higiênicos de uma população e contribuindo para o desaparecimento de várias causas disgênicas, também, mesmo sem ser um fator decisivo para o progresso econômico, prepara o terreno para êste progresso trazendo maior bem-estar, mais saúde e conseqüentemente mais possibilidades de progresso à comunidade considerada.

IV. O curso de Educação Sanitária levantará as questões sanitárias e sociais passíveis de serem encaradas pela educadora e a maneira mais consentânea para resolvê-las. A aplicação é, pois, tudo na educação para a saúde. A maneira da difusão dos preceitos sanitários e de fazê-los aceitar pela população é a pedra de toque do serviço em atividade. O conhecimento é adquirido pela inteligência e pela razão; a maneira de difundí-lo e fazê-lo ser bem recebido pela comunidade já não pertence somente à inteligência mas muito ao coração. É por isso que os homens não são bons educadores; só a mulher possui aquêlê discernimento próprio e um coração sensível capaz de, orientado pelo instinto mais desenvolvido do que no homem, sentir o momento propício e a maneira acertada para sua aplicação, nas condições do meio onde trabalha. Mas para aplicá-los com sucesso, surge a necessidade teórica de conhecer o que realmente se pode fazer e o que deve ser feito. Mas também todo dogmatismo é prejudicial; o instinto de humanidade deve presidir de forma completa, a mais completa possível, a ação. Assim a educadora deve viver a vida dos membros da comunidade, conhecer de perto seus problemas, ser, em uma palavra, um deles, talvez o mais humilde deles, para compreender e dar importância às suas dificuldades; nunca ofendê-los, mesmo inadvertidamente e aprender a tratá-los, como a um igual. Soluções teóricas, para os diferentes casos, podem ser inaplicáveis em numerosas ocasiões, pois problemas de saúde, sendo até certo ponto, problemas sociais, variam de acôrdo com as condições peculiares da região trabalhada. Citamos um exemplo muito simples: trabalhan-

do em um vilarejo do Nordeste costumávamos, ao dar certos medicamentos, recomendar aos pacientes que ingerissem uma dose na hora do almoço e outra na hora do jantar. Ora, posteriormente verificamos não ter a maioria dos habitantes dessa vila, hora certa para as refeições. Eram tão pobres que, à medida que conseguiam qualquer coisa para comer, voltavam para a casa e após decocção apropriada a ingeriam. Assim, constatava-se que os diversos membros da família comiam o que podiam e a qualquer hora do dia; nunca souberam em que consistia a hora do almoço ou do jantar.

V. Não temos por objetivo, entretanto, abordar questões gerais de educação sanitária. Queremos apenas focalizar certos aspectos da epidemiologia de algumas helmintoses prevalentes entre nós, em relação aos hábitos anti-higiênicos de defecação das populações brasileiras. A necessidade de um tratamento adequado dos excretos humanos, a construção e o uso de fossas sanitárias pelos componentes de uma comunidade, resolveria o problema das parasitoses intestinais, de tão grande importância quanto à saúde e a vida do homem rural e mesmo dos habitantes de numerosas zonas suburbanas e urbanas de nosso País. Verifica-se, porém que, até hoje, não se fizeram inquéritos intensivos ou estudos rigorosos, sôbre os hábitos de defecação dos habitantes de tais áreas, no Brasil. No entanto, êsses inquéritos são de grande interesse, pois sem êles, mesmo se conseguindo a construção de esgotos ou de fossas sanitárias, poderemos ter muita desilusão quanto à profilaxia das parasitoses em aprêço e principalmente quanto a sua erradicação. Iremos analisar alguns pontos, que nos parecem mais importantes, sôbre esta questão.

VI. Em primeiro lugar abordemos o problema da ascaridiose. O *Áscaris lumbricoides* é um parasita dos mais comuns do intestino humano, e que determina malefícios constantes e muitas vêzes mortais, não só pelo seu grande número como por outras condições especiais — como por exemplo os áscaris erráticos etc. Ora, a construção de fossas sanitárias em tôdas as casas de uma localidade não é suficiente para resolver o problema da ascaridiose. Em primeiro lugar pelo fato de as crianças não usarem as fossas e defecarem no solo, e, em segundo, pela extrema resistência do ôvo do áscaris. Há anos (1938) trabalhamos em uma localidade vizinha de São Paulo — Sto. Amaro, que hoje faz parte do município da Capital. Contava na ocasião a localidade com cêrca de 11.000 habitantes e as casas, ainda que, em grande parte, possuíssem água encanada, eram desprovidas de esgotos. Tôdas, porém, eram providas de instalações sanitárias, situadas muitas vêzes dentro da habitação, do sistema patente, e outras, fora das residências sob a forma de simples fossas absorventes. Ora, examinando um grupo de 401 crianças, encontramos 322, ou seja, 80% parasitadas pelo *Áscaris lumbricóide* e expelindo cada qual uma média de 15.856 ovos por gra-

ma de fezes. Além disso 52% das crianças achavam-se infestadas pelo *Nector americanus*, expelindo em média 1.720 ovos por pessoa e por grama de fezes e 78% pelo *Trichocephalus trichiurus* com 1.782 ovos também por caso e por grama de fezes em média. Ora examinando a terra dos quintais de 15 destas casas, em 14 delas encontramos ovos de áscaris, às vezes mesmo em grande número. Também examinamos a terra da varredura de 13 casas (as casas eram assoalhadas e muitas mesmo enceradas) e em 12 encontramos ovos de nematóide. Por estes dados verifica-se que a instalação de fossas em tôdas as casas não resolveu o problema das verminoses, tornando-se necessário que as fossas sejam usadas por todos os membros da família. Como crianças não fazem uso de fossas, mas defecam nos quintais e jardins, poluem com ovos do áscaris não só a terra destes lugares como também a poeira levada para dentro das moradias, seja na sola dos sapatos seja pelo vento. Urge, pois, um vasto programa educacional para conseguir que toda a população use privadas, e não só os adultos, pois as crianças constituem ativos disseminadores quando não as usam.

VII. Consideremos agora, teòricamente é claro, que o serviço de saúde conseguiu não só a instalação de fossas sanitárias em tôdas as casas, como ainda que todos os habitantes, inclusive crianças da mais tenra idade as usassem e que os dejetos de crianças mais novas não fossem espalhados no solo, porém, colocados nas fossas. Teríamos, por assim dizer, e teòricamente, o saneamento, neste caso particular, desta comunidade. Estaria rompido o ciclo de transmissão do áscaris? Podemos, certamente, responder que, durante muitos anos ainda, não estaria rompido o ciclo, pois os ovos do áscaris são extremamente resistentes às condições externas, e permanecem viáveis durante 4 a 6 anos, e talvez mesmo mais. Assim durante muito tempo as terras dos quintais e jardins, páteos e outras dependências das habitações ou peridomiciliarias continuariam a infestar os membros da comunidade. Daí a complexidade do problema da profilaxia das helmintoses intestinais, e a necessidade de uma luta constante e permanente trabalho de educação sanitária a fim de conseguir a modificação dos hábitos anti-higiênicos atuais.

VIII. As crianças são, não só as maiores disseminadoras das helmintoses intestinais, como as maiores vítimas do parasitismo. Assim, por exemplo, a ancilostomose apresenta gravidade excepcional em crianças de baixa idade, sendo o seu tratamento um sério problema de pediatria. Os áscaris, vulgarmente denominados lombrigas, devido ao seu ciclo evolutivo, que implica passagem de larvas através do pulmão, determinam a pneumonia ascaridiana, de tratamento ineficiente, podendo este parasita ocasionar a morte de muitos pacientes, desde que o número de ovos ingeridos seja grande. Lembramo-nos do caso de um guarda sanitário que, transferido de localidade do in-

terior de São Paulo, veio habitar a cidade de Santo Amaro, a mesma em que realizamos nossos estudos sobre a disseminação do *Áscaris Lumbricóides*. Nessa localidade, com sua mulher e três filhos, sendo dois de pouca idade, passaram a residir numa casa provida de água encanada e fossa sanitária no quintal. Cerca de um mês depois da mudança, duas das crianças tiveram pneumonia atípica, resistente aos medicamentos usuais (na ocasião, 1927, ainda não havia a penicilina), vindo uma delas a falecer. Possivelmente desencadeou-se, nesses casos, a pneumonia ascaridiana. Aliás de uma feita, encontramos em cortes de pulmão, remetidos por clínico do interior, várias larvas desses nematóides, na parênquima do órgão em aprêço, fortemente inflamado e hemorrágico. Tratava-se de material de autópsia de uma criança falecida de pneumonia. A ascaridiose ocorre frequentemente nas crianças, mesmo naquelas da mais tenra idade. Assim em algumas localidades do Estado de Alagoas, em serviço de rotina, tivemos a oportunidade de fazer o exame de fezes de 26 criancinhas cuja idade variava entre 0 a 6 meses. Dessas encontramos 10 já parasitadas pelo áscaris e 3 pelo tricocéfalo. Quanto às idades mínimas das crianças encontradas infestadas pelo verme, registramos uma com 47 dias e outra com 75. Poder-se-ia pensar em infestação congênita no primeiro caso, pois segundo todos os tratadistas o áscaris leva cerca de 60 a 70 dias para completar sua evolução. Porém um autor japonês, Yajima, mostrou, recentemente, fazendo 13 voluntários humanos ingerirem ovos infestados do áscaris, que em quatro deles foi possível demonstrar ovos nas fezes desde o 32.<sup>o</sup> dia após a ingestão dos ovos embrionados. Pergunta-se agora, como se processa a infestação pelo áscaris de crianças tão jovens? Pensamos que ela pode dar-se por via aérea. Com efeito, em lugares como no Nordeste, em que a disseminação da helmintose é praticamente universal, os ovos são levados pela poeira em grande número. Em Aracajú, deixando expostas ao ar dentro do nosso laboratório, situado em pleno centro da cidade, lâminas comuns para esfregaço de sangue (26 x 76 mm), recobertas por óleo de cedro, durante 2 a 3 dias, depositava-se sobre o óleo, junto com a poeira, grande número de ovos de áscaris. Chegamos a contar 70 ovos do nematóide em uma única lâmina. Compreende-se como os recém-nascidos possam infestar-se logo nos primeiros dias de vida, aspirando ar tão poluído. E compreende-se também, como uma cidade para ser considerada salubre, não pode apresentar bairros cujas casas sejam desprovidos de água e de esgotos, em contraste com aqueles mais ricos e que possuem todos os requisitos de higiene. Assim, não somente os ovos de vários helmintos como os do áscaris, tricocéfalos, enteróbios, etc., ou cistos de protozoários intestinais (cistos de ameba, giardia etc.) e provavelmente bactérias patogênicas, assim as salmonelas, shigelas que determinam enterites graves, principalmente na primeira infância, podem ser disseminadas pelo vento, por toda a cidade, atingindo também os moradores dos bairros saneados.

IX. No caso da esquistossomose, endemia de tanta importância para os Estados do Nordeste, a questão que agora encaramos apresenta outras facetas. Como se sabe, o esquistossoma, de todos os helmintos que parasita o homem, é o que possui ovos menos resistentes às condições do meio externo. Assim 24 horas após a sua expulsão nas fezes, os ovos do esquistossoma começam a se desorganizar rapidamente, de modo que são raros os que se encontram vivos quatro dias após a eliminação. Em condições naturais, à sombra e em épocas de chuva, a média de vida dos ovos é de quatro dias, sendo que muito poucos alcançam oito dias ainda viáveis. Em fezes contendo ovos, colocadas sob a ação direta do sol, a média de sobrevivência ovular é de somente dois dias. Assim a propagação da esquistossomose depende em grande parte do sítio em que são depositadas as dejeções humanas e do tempo reinante. É claro que a deposição direta das fezes no meio líquido reúne as melhores condições para altas percentagens de deiscências ovulares. É o que se dá em numerosas localidades nordestinas, nas quais, desprovidas as casas de instalações sanitárias, verifica-se que os adultos, principalmente as mulheres, usam vasos noturnos que, após serem utilizados são, em geral, despejados diretamente em córregos, valas ou sarjetas que passam perto dos domicílios. Também verificou-se que as fossas negras constituem ambiente tão favorável para a vida dos ovos do trematóide, como o meio exterior. Daí resultar que fossas desaguardando para o exterior, seja por má construção, seja por ultrapassar o limite da capacidade, determinam a poluição das águas ao alcance de seus detritos, facilitando mesmo, até certo ponto, a propagação do parasita. Também é necessário considerar-se o fato de crianças nem sempre usarem fossas sanitárias, mesmo quando suas casas as possuem. Aqui como no caso da disseminação do *Ascaris*, anteriormente analisado, durante seus folguedos não hesitam em defecar no solo, e com mais razão dentro de valas ou córregos na ocasião de banhos, brinquedos ou pescarias, que enchem a vida da infância, em geral solta ao léu, nas terras nordestinas. Assim a instalação de água encanada, bem como a fossa sanitária, podem não impedir a contaminação dos cursos d'água pelas dejeções humanas, permitindo, mesmo em tais condições, o processar da evolução do helminto. Sem a educação sanitária, a água encanada e a fossa sanitária não serão, por si sós, suficientes para interromper o ciclo parasitário.

X. Recentemente um ilustre pesquisador nacional, o Dr. J. Pimentel Amorim, trabalhando em Alagoas, demonstrou pela primeira vez que certos roedores silvestres apresentam, muito frequentemente, infestação natural pelo *Schistosoma mansoni*. A existência de hospedeiros vertebrados outros, além do homem, como os roedores, que podem comportar-se como reservatórios do parasita e propagar a esquistossomose independentemente de casos humanos, deve ter certa importância na epidemiologia. O Dr. Pimentel, já citado, demons-

trou que numerosas espécies de ratos silvestres são encontrados naturalmente infestados nas regiões endêmicas brasileiras e em altas percentagens. Um dos mais importantes, pela sensibilidade à infestação, e quando parasitado, pelo grande número de ovos que elimina nas fezes é o "rato lava-pés". Este roedor se adapta de maneira tão perfeita à vida aquática que possui membranas interdigitais que favorecem a natação. Não só este mas numerosas outras espécies de roedores se infestam na natureza, e devem possuir papel de alguma importância na contaminação de pequenos cursos d'água, fontes ou cacimbas etc., de que se servem as populações. E, para isso, não é necessário grande eliminação de ovos, pois o esquistossoma, na sua evolução, associa à reprodução sexuada no hospedeiro definitivo, o homem e outros vertebrados, a assexuada no hospedeiro intermediário, o caramujo. Este fenômeno permite um potencial enorme de multiplicação, para cada larva ou miracídio, o qual se situa na casa dos 100 a 150 mil. Assim a possibilidade teórica do número de vermes adultos, resultantes de uma única defecação em um só dia do homem que pode eliminar de cada vez 100 mil ovos, ou de um "rato lava-pés" que pode expulsar cerca de 500 a 1.000 ovos, possibilita alcançar números verdadeiramente astronômicos.

Trago aqui este exemplo para novamente mostrar a complexidade que assume a profilaxia das doenças helmínticas no nosso País. Nas zonas onde reina a endemia esquistossomótica não é suficiente ensinar o uso de fossas sanitárias, mas também alertar o povo sobre o perigo de trabalhos, banhos e brinquedos nas águas poluídas. Tarefa difícil devida à resistência que será encontrada por parte da população e em particular a juvenil, pois trata-se de impedir a continuação de um hábito adquirido por numerosas gerações, e nada é mais difícil de obter-se como a mudança de hábitos firmemente estabelecidos.

XI. Também em relação a esquistossomose, como já vimos para a ascarirose ou ancilostomose, são as crianças as maiores vítimas do parasitismo. Com efeito, nas zonas endêmicas brasileiras, principalmente nas nordestinas, os principais focos dos moluscos vetores da esquistossomose, que reúnem condições ótimas para sua vida e multiplicação, bem como para a sua infestação pelos miracídios e desenvolvimento de esporocistos, com a formação ulterior de centenas de milhares de larvas infestantes — as cercárias, são sem dúvida as águas peridomiciliárias. Tais coleções de água são constituídas por córregos, valas, canais, drenos abertos, poças, cacimbas, barreiros, pântanos, coleções de águas paradas ou de vazão lenta, em geral com vegetação mais ou menos abundante, em parte secando na época da estiagem e contaminadas por matéria orgânica e fecal. São, em geral, focos muito numerosos, de extensão pequena ou média percorrendo, às vezes, trechos maiores ou menores das vilas ou cidades ao longo das ruas ou no fundo dos quintais. São justamente as crianças os maiores frequentadores

destas coleções de água, e é na idade juvenil, a partir dos 3 e 4 anos de idade, quando deixando os regaços de suas mães, começam a frequentá-los, que adquirem cargas de vermes mais ou menos altas, as quais irão lesar o intestino, fígado e outros órgãos, e as fazem sofrer durante o resto da vida. A esquistossomose do adulto, em geral, é o resultado das infestações adquiridas na juventude. Segundo um eminente pesquisador, Caio Benjamim Dias, uma única infestação maciça pode originar enfermidade gravíssima, mas sua renovação periódica parece condicionar as formas mais sérias da moléstia, como a hépato-esplênica, isto é, a denominada cirrose do fígado ou "barriga d'água". Em Alagoas em 51 casos da forma hépato-esplênica, encontramos 26, isto é 50% em jovens até 18 anos de idade; tivemos ocasião de observar crianças de 3 a 4 anos de idade já afetadas por este tipo grave da doença. Também um outro ilustre pesquisador brasileiro, Arantes Pereira escreveu: "a esquistossomose hépato-esplênica (isto é, a cirrose esquistossomótica) é vista principalmente em jovens (adolescen-

tes e adultos jovens). Dos 10 aos 30 anos observam-se seguramente 80% dos casos".

XII. Verifica-se por estes exemplos a importância da educação sanitária na solução de problemas que se ligam à saúde do homem e principalmente ao desenvolvimento sadio da criança entre nós. Pelas dificuldades que os cercam e pelo trabalho persistente que exigem, somente, moças armadas, não apenas do conhecimento científico como forradas de alto idealismo, poderão levá-los a bom termo. Que as educadoras sanitárias se compenetrem do magno papel que lhes cabe na defesa da saúde do homem brasileiro, pelo combate às maiores causas do seu atraso, a miséria e a ignorância. Que também se dediquem com amor à proteção da criança, a mais útil, sagrada e sublime de todas as campanhas a se realizarem no Brasil. A tarefa, em verdade, exige perseverança, pois seus frutos não são imediatos, mas promissores os resultados. E assim procedendo, cumprirão valorosamente sua missão e seu destino social.

“HOSPITAL DE HOJE” É A SUA REVISTA  
PRONTA PARA VEICULAR A SUA EXPERIÊNCIA



## RETIFICAÇÃO

No volume 10 à página 21 houve um equívoco no título que em lugar de FACULDADE DE MEDICINA E HOSPITAL DE CLÍNICAS DE RECIFE deverá ser:

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E  
SEU HOSPITAL DE CLÍNICAS, RECIFE

## PROJETOS

J A R B A S K A R M A N

A L F R E D O W I L L E R



## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PELOTAS DR. FRANCISCO SIMÕES

A presente apresentação do Hospital de Pelotas restringe-se aos seguintes dos seus aspectos: Racionalidade, Eficiência, Novas tendências e Inovações.

### RACIONALIDADE

Sirva de exemplo a Unidade de Enfermagem.

A Unidade de Enfermagem apresenta-se extremamente **compacta** porque destina ambas as fachadas à acomodação de pacientes; os sanitários, ao invés de localizados de permeio a dois quartos, encurtando inutilmente os corredores, interpõem-se entre o quarto e o corredor, com a vantagem adicional de erigir uma **barreira acústica** aos ruídos provenientes do corredor.

Sua **densidade linear** é extremamente elevada, porque permite o máximo número de leitos por metro de corredor, com decisiva economia em passos das enfermeiras.

A observância do fato de que **"cada passo pesa e custa"** redundando em economia quanto ao número de pessoal necessário.

Os **postos de enfermagem descentralizados** permitem a divisão do hospital em inúmeras pequenas **unidades clínicas** dentro das três grandes **unidades administrativas** (uma por andar).

Os **percursos radiais**, entre os postos de enfermagem e quartos, atingem, assim a 6 m, no máximo. Os **percursos longitudinais**, a cargo de serventes, permitem economia pela diferenciação da circulação por **categoria de caminhante** e **natureza de transporte**.

O **desenvolvimento horizontal decisivo do hospital**, agrupando mais de 70 leitos por andar, assegura-lhe grande flexibilidade. A justaposição de todos os quartos de um andar, enseja além da **continuidade física, continuidade de função**.

Um mesmo quarto pode servir para um semi-apartamento (dois leitos), como para um apartamento de um leito, com sofá-cama para acompanhante. Quaisquer dois quartos permitem a utilização do conjunto como apartamento de luxo.

Qualquer quarto pode ser incorporado a qualquer clínica adjacente; o mesmo não ocorrendo nas clínicas escalonadas por andares, onde leitos vagos em uma não podem beneficiar leitos em falta em outra clínica, situada em outro andar, sem acarretar

sérios contratempos. É a flexibilidade possibilitando, praticamente **100% de ocupação**.

A concentração de 70 leitos por andar, resulta, ainda, em economia em salas de espera, caixas de escada, paradas de elevador, entradas controladas, copas, salas de curativos e banheiros, todos necessários, porém, na proporção de um por andar, quer este tenha 15, 30 ou 70 leitos.

Os quartos, não obstante localizados em faces e quadrantes opostos (Norte e Sul), gozam dos benefícios da **ventilação e insolação cruzadas**, através dos **vãos zenitais**, dando para os espaços interandares.

### EFICIÊNCIA

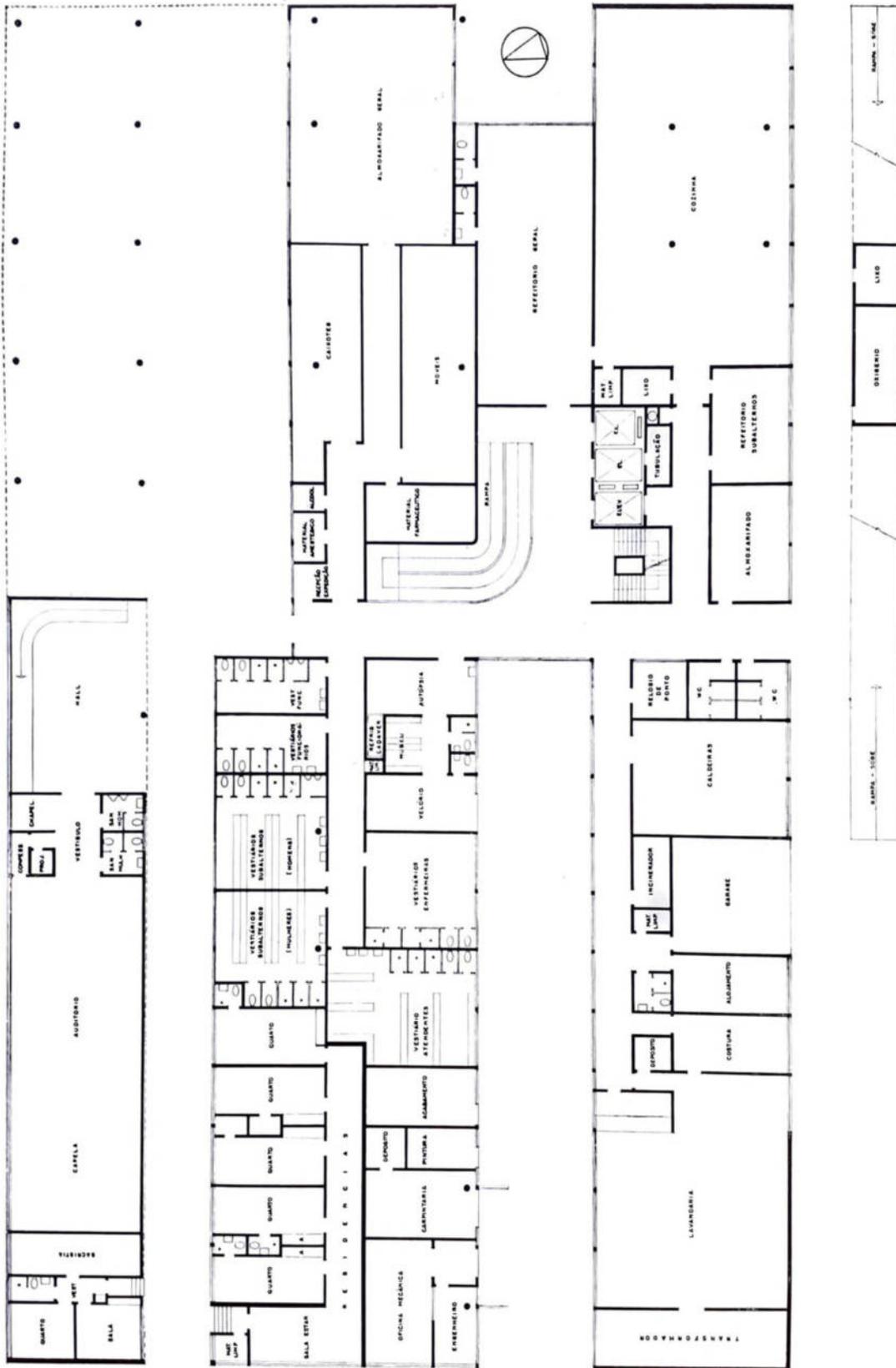
O Hospital de Pelotas conta com completas instalações e caros equipamentos.

Graças à previsão do amplo aproveitamento desses meios de diagnóstico e tratamento e o intensivo uso que lhes está reservado, a considerável inversão que representam facilmente se dilui pelo número de beneficiados. Devendo o hospital proporcionar exames e tratamentos a preços reduzidos, necessário se torna que conte com volume adequado e movimento constante.

O projeto reuniu, para isso, sob o mesmo teto, quatro categorias diferentes de pacientes: pacientes hospitalizados, pacientes de ambulatório, pacientes de pronto socorro e pacientes de consultórios médicos particulares; todos, menos os primeiros, localizados no mesmo andar da Unidade de Diagnóstico e Tratamento.

Os consultórios particulares previstos em elevado número proporcionam:

- a) aos pacientes, grande comodidade, por encontrarem reunidas, em um mesmo andar, médicos de várias especialidades e todas as instalações para exame e tratamento de que necessitam;
- b) aos médicos, proximidade de seus pacientes internados, facilidade de conferência com colegas e toda uma organização especializada à sua disposição para qualquer eventualidade;

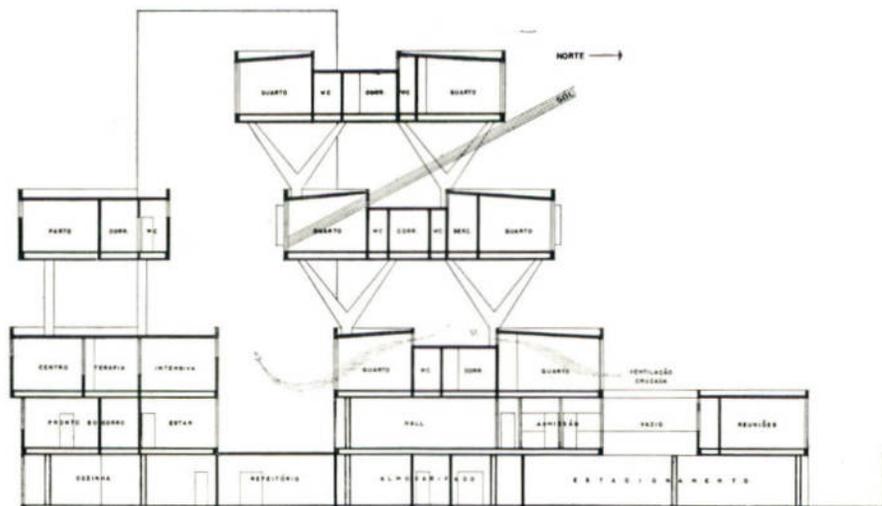


1.º PAVIMENTO









c) ao hospital, garantia de uso intensivo de suas instalações.

Sendo o Hospital de Clínicas de Pelotas "Dr. Francisco Simões", um hospital preparado, equipado e destinado para assistir a casos agudos, estará em condições de proporcionar prontos e seguros diagnósticos e consequentemente curas rápidas. A curta permanência possibilitará múltiplos rodízios de um mesmo leito, portanto maior fluxo de novos pacientes. Para uma estadia média de 10 dias, o Hospital poderá hospitalizar aproximadamente 50.000 pacientes por ano, que, por si, asseguram suficiente volume para proporcionar os baixos preços previstos.

#### NOVAS TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES

**Serviço de Admissão de Contrôlo e Centralização:** Por êste sistema todo e qualquer prontuário se origina no Serviço de Admissão e toda e qualquer movimentação de pacientes se faz sob a sua supervisão.

Neste hospital, o Serviço de Admissão é interligado e centralizado. Situa-se na Unidade de Administração de tal modo, que permite interligações as mais racionais, curtas e diretas; possibilitando a matrícula e registros diretos de todos os tipos de pacientes (Clientes dos consultórios particulares, do hospital, pensionistas, ambulantes e pacientes de pronto socorro).

**Berçário-Quarto:** É o sistema de Berçário de contrôlo materno. A solução apresentada pelo Hospital de Pelotas enseja que cada mãe esteja em contato permanente com o recém-nascido, sem contudo, encarecer a assistência. O berçário é contínuo, paralelo ao corredor e ao longo dos quartos separado destes por vidraças. Sempre que a mãe o desejar terá o recém-nascido a seu lado para a amamentação "ad libitum".

**Centro de Terapia Intensiva** destinado a dar assistência permanente, 24 horas ao dia, com enfermagem de alto padrão e médico

de plantão, a todos os casos agudos e críticos, como: de clínica médica, pronto socorro, ambulatório, pós-parto e pós-cirúrgico. É o máximo em garantia para o paciente, médico e o hospital, com a ponderável vantagem de aliviar as unidades de hospitalização da conseqüente responsabilidade e da duplicação dos equipamentos agora concentrados nêsse Centro.

**Central de Esterilização** — Possibilita a uma equipe especializada tomar a si o encargo de toda a esterilização do hospital. Alivia, assim, as unidades de enfermagem, postos de serviço de ambulatório, pronto socorro, consultórios, salas de sub-esterilização dos conjuntos cirúrgicos e obstétricos, da duplicidade de equipamentos e mão de obra para a esterilização de instrumentos, seringas e demais materiais. A abolição dos tão disseminados fervedores e a utilização de autoclaves e estufas, segundo as mais aprimoradas técnicas, numa central especializada, além de grande economia traz a muito desejada e reclamada segurança.

**Bem estar mental** — A humanização dos hospitais envolve vários aspectos, todos incorporados nêste Hospital.

Silêncio (32 db nas áreas de pacientes e 40 db nas de trabalho); esquema de cores (terapia das cores); música psicologicamente dosada; arranjos dos quartos e demais dependências com aspecto de lar; paciente prontamente atendido, sempre pela mesma enfermeira, postada a apenas 6 m do seu quarto; camas motorizadas, em posição doméstica para ensejar a deambulação precoce; peitoris envidraçados para a tonificante vista externa; sanitários junto a cada quarto; sala de estar e refeição no próprio andar; recém-nascidos permanentemente em contacto ou sob as vistas maternas; vestiários e demais medidas para que os acompanhantes possam assistir moralmente os pacientes durante sua permanência em salas de operação, parto, centro de terapia intensiva e demais departamentos; áreas de recreação para combater o hospitalismo tanto dos pacientes como do pessoal.



# ESTATÍSTICA ECONÔMICA, MÉDICO-SOCIAL E CULTURAL DAS REGIÕES ECOLÓGICAS (ZONAS FISIAGRÁFICAS) DO ESTADO DE SÃO PAULO — 1953

(conclusão)

Adriano Taunay Leite Guimarães

## Municípios que constituem as zonas:

### 11.ª Zona

Apiáí  
Iporanga  
Ribeira

### 12.ª Zona

Agui  
Arthur Nogueira  
Casa Branca  
Conchal  
Descalvado  
Leme  
Mogi Guaçu  
Mogi Mirim  
Pirassununga  
Porto Ferreira  
Santa Cruz das Palmeiras  
Tambaú

### 13.ª Zona

Americana  
Analandia  
Araras  
Cosmópolis  
Cordeirópolis  
Corumbataí  
Itirapina  
Limeira  
Rio Claro  
Santa Gertrude:

### 14.ª Zona

Águas de São Pedro  
nhembí

Bofete

Capivari  
Cerquinho  
Conchas  
Laranjal Paulista  
Pereiras  
Piracicaba  
Porangaba  
Rio das Pedras  
Santa Barbara d'Oeste  
Tietê

### 15.ª Zona

Angatuba  
Buri  
Guareí  
Itaberá  
Itaí  
Itapetininga  
Itapéva  
Itararé  
Paranapanema  
Sarapuí  
Tatuí

### 16.ª Zona

Fartura  
Itaporanga  
Taquarituba

### 17.ª Zona

Franca  
Guará  
Igarapava  
Itirapuã  
Ituverava  
Patrocínio Paulista  
Pedregulho  
Rifaina  
São José da Bela Vista

### 18.ª Zona

Altinópolis  
Batatais  
Brodosqui  
Cajuru  
Cravinhos  
Ipuã  
Jardinópolis  
Nuporanga  
Orlandia  
Ribeirão Preto  
Sales de Oliveira  
Santa Rosa do Viterbo  
Santa Rita do Passa Quatro  
Sto. Antonio da Alegria  
Serra Azul  
Serrana  
São Simão  
Sertãozinho  
São Joaquim da Barra

RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATÍVEIS

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

“HOSPITAIS MAIS SILENCIOSOS PARA O BRASIL”

MUNICÍPIOS E ZONAS FISIográficas	11.ª Zona	12.ª Zona	13.ª Zona	14.ª Zona	15.ª Zona	16.ª Zona	17.ª Zona	18.ª Zona	19.ª Zona	20.ª Zona	21.ª Zona	22.ª Zona
N.º de Distritos	8	17	17	28	19	7	19	29	25	23	21	13
População: Habitantes (n.º absoluto)	28.561	173.011	184.054	227.485	169.469	38.801	164.323	316.114	180.755	203.069	155.958	72.370
% em relação à do Estado	0,29	1,76	1,87	2,31	1,72	0,39	1,67	2,31	1,84	2,06	1,59	0,74
Área: Km²	4.584	6.890	3.770	6.910	12.821	2.325	5.370	10.408	5.381	6.423	8.908	2.197
% em relação à do Estado	1,85	2,79	1,52	2,80	5,19	0,94	2,17	4,21	2,18	2,60	3,60	0,89
Habitantes por Km²	6,23	25,11	48,82	32,92	13,22	16,69	30,60	30,37	33,59	31,62	17,51	32,94
Nascimentos vivos (n.º absoluto)	841	5.992	6.320	8.134	6.191	1.462	4.611	10.762	6.286	7.106	5.605	2.916
Óbitos (n.º absoluto)	392	1.653	1.701	2.161	2.483	500	1.596	3.168	1.630	1.686	1.666	926
Crescimento Vegetativo (n.º absoluto)	449	4.339	4.619	5.973	3.708	962	3.015	7.594	4.656	5.420	3.939	1.990
Médicos (n.º absoluto)	3	62	66	66	32	5	64	211	85	84	56	17
Leitos hospitalares (n.º absoluto)	1/9.520	1/2.791	1/2.789	1/3.447	1/5.296	1/7.760	1/2.568	1/1.498	1/2.127	1/2.417	1/2.785	1/4.257
por habitante	—	2,341	4,63	4,37	3,18	—	508	2,588	693	598	542	164
Dentistas (n.º absoluto)	0/28.561	1/74	1/398	1/521	1/553	0/38.801	1/323	1/228	1/288	1/340	1/288	1/441
Farmacêuticos	2	82	85	105	39	6	85	209	107	101	49	19
Enfermeiros	1	14	20	26	50	12	62	173	88	86	59	31
Parteiros	—	13	7	9	7	—	7	31	37	32	7	4
Atendentes Sanitários	5	30	33	27	29	12	17	52	37	46	26	10
Visitas Sanitárias	—	6	2	5	—	—	12	6	21	6	2	—
Ambulâncias	—	5	3	9	2	—	12	8	5	4	4	—
Aparelhos de Raio X	—	15	11	7	5	—	20	22	20	13	8	—
Laboratórios de Análises Clínicas	1	20	15	22	13	2	2	24	21	14	17	5
Engenheiros	1	13	19	24	35	2	10	32	42	20	16	7
Agrónomos	—	17	28	98	19	—	10	42	22	21	14	3
Veterinários	—	4	2	2	6	—	3	7	6	4	3	—
Agrimensores	1	2	2	5	4	—	5	5	4	4	3	—

**NAS SEDES MUNICIPAIS SOMENTE: ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO SANITÁRIO**

1) N.º de reservatórios de abastecimento de água	4	19	14	19	17	1	12	37	18	28	13	7
2) Capacidade dos reservatórios em m³	92	6.475	5.345	9.797	4.376	200	4.864	15.742	8.735	21.215	4.961	1.350
3) N.º de prédios abastecidos	247	10.264	18.530	14.133	8.946	45	7.833	25.478	12.915	14.913	7.602	2.939
4) Metros lineares de rede de esgotos	—	81.738	92.449	9.698	40.260	—	75.103	167.511	102.960	98.812	53.970	10.500
5) N.º de logradouros servidos de esgotos	—	256	226	227	90	—	127	311	198	237	153	33
6) N.º de prédios servidos de esgotos	—	8.349	9.632	9.950	3.836	—	4.354	17.986	10.797	8.724	4.959	1.170
7) Logradouros com iluminação pública	44	457	487	469	341	53	315	552	296	286	332	179
8) Focos de iluminação pública em uso	192	4.299	5.945	5.174	2.892	479	3.467	6.853	4.358	5.890	3.876	1.920
9) Ligações de iluminação particular	408	13.356	21.838	16.437	10.356	870	9.288	24.661	14.672	17.206	10.380	4.502

**ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL COMUM: PROFESSORES EM REGÊNCIA DE CADEIRA E MATRÍCULAS EM VIGOR**

1) Estaduais: Professores	71	501	470	718	463	77	455	917	474	519	391	195
Matrículas	2.303	16.258	16.918	22.975	14.888	2.966	14.918	29.717	15.982	16.956	13.502	6.698
2) Municipais: Professores	3	73	52	39	38	9	86	88	81	77	75	26
Matrículas	79	1.541	1.255	852	1.480	258	2.065	2.225	1.738	1.993	1.916	676
3) Particulares: Professores	—	11	6	22	—	—	—	10	6	7	—	—
Matrículas	—	274	734	584	257	—	—	122	479	513	276	—
4) Total: Professores	74	585	528	779	521	86	541	1.015	561	603	466	221
Matrículas	2.382	18.073	18.907	24.411	16.625	3.224	17.105	32.331	18.199	19.462	15.694	7.374

MUNICÍPIOS E ZONAS FISIográficas	11.ª Zona	12.ª Zona	13.ª Zona	14.ª Zona	15.ª Zona	16.ª Zona	17.ª Zona	18.ª Zona	19.ª Zona	20.ª Zona	21.ª Zona	22.ª Zona
<b>ESCOLAS PARA OUTRAS ESPECIES DE ENSINO</b>												
1) Total de unidades escolares Das quais de ensino secundário	45	66	63	14	41	—	14	136	86	88	73	8
agrícolas	15	11	17	7	10	—	—	33	18	17	19	2
industrial	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—
comercial	3	5	2	—	2	—	—	12	4	16	7	—
artístico	4	10	3	—	3	—	—	11	10	8	3	—
pedagógico	—	12	—	—	10	—	84	18	12	7	—	2
superior	—	2	12	—	—	—	2	5	2	12	13	2
outros ensinos do corpo docente	14	28	26	—	16	—	—	45	32	27	30	2
2) Total de membros do corpo docente	370	486	572	5	348	—	5	1.011	659	709	576	72
ensino secundário	187	167	256	120	152	—	—	409	242	257	20	30
ensino agrícola	12	57	65	—	22	—	—	8	76	149	20	—
ensino industrial	37	57	23	—	22	—	—	133	87	63	29	—
ensino comercial	35	95	28	—	20	—	—	101	26	94	29	22
ensino artístico	—	—	—	—	—	—	—	36	13	13	—	—
ensino pedagógico	73	106	134	19	107	—	19	146	113	115	121	18
ensino superior	—	—	7	—	—	—	—	55	14	14	14	—
outros ensinos	26	61	59	17	47	—	—	131	77	67	86	2
<b>FINANÇAS PÚBLICAS — FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS — RECEITA, DESPESAS E SALDO POSITIVO OU NEGATIVO</b>												
1) Federal: receita arrecadada	917.805	43.403.612	156.995.801	98.017.496	27.082.431	1.901.068	34.622.285	133.194.429	66.712.875	66.366.696	32.993.799	10.620.696
2) Estadual: receita arrecadada	2.489.587	67.631.996	123.689.175	106.661.206	47.439.592	5.954.390	59.064.896	148.844.406	92.589.262	93.270.666	61.334.319	22.080.444
despesa realizada	5.879.838	—	81.856.696	130.542.173	94.382.808	7.839.009	67.748.870	208.633.106	111.117.672	101.279.860	75.312.935	23.906.539
resultado (saldo)	3.390.251	—	41.832.479	—23.880.967	—46.946.216	—1.884.619	—8.701.844	—59.788.700	—18.528.410	—8.009.214	13.976.416	—1.826.095
3) Municipal: receita arrecadada	2.589.980	35.191.370	58.954.217	61.217.911	29.705.579	4.069.867	35.127.003	84.724.426	55.339.445	55.339.445	32.852.079	14.933.979
despesa realizada	2.383.528	35.352.632	59.193.234	60.314.322	28.402.504	3.921.262	31.428.128	82.780.621	55.298.028	55.298.028	32.855.369	14.215.602
resultado (saldo)	206.452	—161.262	—239.017	903.589	1.303.075	148.605	3.698.875	1.943.805	—	41.417	—3.290	718.377
<b>ENTIDADES DE ASSISTENCIA HOSPITALAR E PARA-HOSPITALAR</b>												
1) de manutenção oficial	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2) de internamento particular	—	11	14	7	4	—	7	8	8	1	3	3
3) com pronto socorro	—	12	8	6	3	—	1	18	4	10	10	1
4) com maternidade	—	5	6	5	4	—	6	6	4	4	7	3
5) com ambulatório	—	7	14	5	4	—	3	21	7	9	9	3
6) com creche	—	9	14	5	—	—	—	1	2	1	1	—
7) com lactário	—	—	2	1	—	—	—	1	1	—	12	—
8) com assistência social	—	10	11	5	3	—	6	12	4	4	6	2
9) com radiodiagnóstico	—	8	7	3	4	—	4	13	2	5	3	3
10) com radioterapia	—	1	4	2	—	—	2	4	1	1	1	—
11) com gabinete dentário	—	2	10	2	—	—	1	11	4	4	6	—
12) com laboratório clínico	—	8	14	16	9	—	13	10	7	1	5	5
13) n.º de salas para operações	—	12	14	16	9	—	6	33	15	21	16	3
14) n.º de salas para partos	—	6	8	6	5	—	6	10	10	21	8	3
15) n.º total de seus leitos	—	2.341	463	437	318	—	508	2.588	692	588	542	164
16) n.º de leitos gerais	—	293	291	269	204	—	254	504	472	353	356	20
para cirurgia	—	64	78	44	18	—	14	394	85	54	70	116
para moléstias mentais e nervosas	—	—	—	—	—	—	200	1.044	—	—	1	6
para tuberculose	—	17	—	—	—	—	—	435	—	4	13	—
para outras moléstias infecto-contagiosas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
especializados outros	—	1.883	3	30	26	—	—	33	3	10	20	—
para maternidade	—	38	21	85	70	—	40	143	121	88	79	—
n.º total de berços e caminhas	—	44	136	66	47	—	38	183	83	94	114	18
17) n.º de seus médicos	—	44	44	36	16	—	48	240	64	73	69	13
18) n.º de seus enfermeiros (as)	—	112	54	16	15	—	23	56	34	46	24	8
19) n.º de seus auxiliares de enfermeiros (as)	—	43	24	24	10	—	24	146	34	33	28	14
20) Leitos clínicos e cirúrgicos: n.º absoluto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

MUNICÍPIOS E ZONAS FISIOGRAFICAS	23.ª Zona	24.ª Zona	25.ª Zona	26.ª Zona	27.ª Zona	28.ª Zona	29.ª Zona	30.ª Zona	31.ª Zona	32.ª Zona	33.ª Zona
N.º de Distritos	43	53	36	38	25	50	34	25	14	13	4
População: Habitantes (n.º absoluto)	318.511	368.733	290.925	364.577	283.352	528.346	299.995	286.300	112.594	89.593	38.637
% em relação à do Estado	3,24	3,75	2,96	3,71	2,88	5,37	3,05	8,903	1,14	0,91	0,39
Área: Km²	14.599	13.218	9.283	10.163	9.247	11.713	13.188	3,60	8,923	4,852	5,955
% em relação à do Estado	5,91	5,35	3,75	4,12	3,74	4,74	5,33	3,216	3,61	1,96	2,41
Habitantes por Km²	21,82	27,90	31,34	35,80	30,64	45,12	22,71	13,300	12,62	18,47	6,49
Nascimentos vivos (n.º absoluto)	10.527	11.165	9.483	12.731	10.577	21.923	11.905	3,925	4,748	4,828	1,895
Óbitos (n.º absoluto)	2.984	2.975	2.117	3.497	3.069	6.291	3.325	9,375	1,409	1,371	691
Crescimento Vegetativo (n.º absoluto)	7.543	8.190	7.366	9.234	7.508	15.632	8.580	2,91	3,339	3,457	1,204
Médicos (n.º absoluto)	106	131	97	149	83	151	75	74	21	31	9
Leitos hospitalares (n.º absoluto)	1/3.005	1/2.815	1/2.999	1/2.447	1/3.414	1/3.499	1/4.000	1/3.869	1/5.362	1/2.890	1/4.293
Leitos hospitalares (n.º absoluto) por habitante	645	647	438	556	1,236	1,427	1,588	318	48	181	30
Dentistas (n.º absoluto)	1/494	1/570	1/664	1/216	1/510	1/427	1/588	1/900	1/2.346	1/495	1/1.288
Farmacêuticos	125	130	118	149	85	156	82	61	12	27	8
Enfermeiros	113	165	103	118	88	153	31	81	31	39	7
Parteiros	20	54	39	16	7	15	32	18	1	—	—
Atendentes	5	7	5	1	1	3	2	3	—	—	—
Visitantes Sanitários	32	41	36	47	29	41	28	13	7	7	3
Ambulâncias	10	7	5	6	4	5	1	4	—	—	—
Aparelhos de Raio X	4	2	2	3	5	3	1	3	—	—	—
Laboratórios de Análises Clínicas	15	15	15	15	15	47	22	21	1	—	—
Engenheiros	21	29	22	37	12	24	21	6	4	3	6
Agrónomos	8	13	6	57	19	24	21	7	2	3	3
Veterinários	18	11	16	21	12	15	15	4	3	2	2
Agrimensores	4	3	3	9	2	2	4	4	2	—	—
	1	4	4	8	1	6	5	1	4	1	—

**NAS SEDES MUNICIPAIS SOMENTE: ABASTECIMENTO DE AGUA E ESGOTO SANITARIO**

1) N.º de reservatórios de abastecimento de água	24	5	15	12	2	7	7	3	—	—	—
2) Capacidade dos reservatórios em m³	4.947	1.602	9.290	5.212	920	3.920	2.940	1.500	—	—	—
3) N.º de prédios abastecidos	9.112	3.652	7.366	13.302	4.324	5.784	6.326	3.012	—	—	—
4) Metros lineares de rede de esgotos	70.954	53.572	48.349	86.613	32.735	40.713	28.905	30.000	—	—	—
5) N.º de logradouros servidos de esgotos	99	32	90	161	113	64	53	35	—	—	—
6) N.º de prédios servidos de esgotos	4.601	2.260	3.354	9.065	2.525	2.790	1.662	1.800	—	—	—
7) Logradouros com iluminação pública	429	373	446	700	363	587	545	357	46	51	51
8) Focos de iluminação pública em uso	5.266	5.156	4.892	6.739	3.918	6.741	4.755	4.151	479	892	927
9) Ligações de iluminação particular	14.382	14.536	13.223	24.338	12.346	22.150	15.978	11.250	1.207	2.843	1.735

**ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL COMUM: PROFESSORES EM REGENCIA DE CADEIRA E MATRICULAS EM VIGOR**

1) Estaduais: Professores	791	820	727	893	663	1.307	716	654	298	299	138
Matriculas	27.769	30.646	24.899	30.562	24.405	46.830	26.382	23.800	10.945	11.095	4.825
2) Municipais: Professores	124	113	104	151	88	182	101	93	55	41	9
Matriculas	3.265	3.547	2.879	3.889	2.476	5.255	3.319	2.603	1.873	1.378	276
3) Particulares: Professores	—	3	1	7	1	4	1	2	—	—	—
Matriculas	269	96	277	1.070	930	866	686	432	14	59	164
4) Total: Professores	915	936	832	1.051	752	1.493	817	354	354	342	147
Matriculas	31.303	34.289	28.055	35.521	27.811	52.951	30.387	26.835	12.832	12.532	5.265

MUNICÍPIOS E ZONAS FISIOGRAFICAS	23.ª Zona	24.ª Zona	25.ª Zona	26.ª Zona	27.ª Zona	28.ª Zona	29.ª Zona	30.ª Zona	31.ª Zona	32.ª Zona	33.ª Zona	
<b>ESCOLAS PARA OUTRAS ESPECIES DE ENSINO</b>												
1) Total de unidades escolares Das quais de ensino secundário agrícolas industrial comercial artístico superior outros ensinos	47 13 — 7 9 9 — 9	60 16 — 8 6 10 20	90 18 — 8 6 16 35	135 30 — 10 13 5 20 55	52 13 — 7 2 14 16	109 24 — 9 9 15 52	53 16 — 3 — 4 9	25 9 — — — — —	3 2 — — — — —	9 3 — 2 — — —	— — — — — — —	5 — — — — — —
2) Total de membros do corpo docente ensino secundário ensino agrícola ensino industrial ensino comercial ensino artístico ensino pedagógico ensino superior outros ensinos	369 179 — — 67 21 91 — 11	407 200 — — 71 15 87 — 34	683 233 — — 53 25 149 — 117	956 355 — — 109 132 16 177 12 148	366 150 — — 49 5 139 — 23	550 260 — — 70 28 118 — 74	352 172 — — 17 — 112 — 51	214 117 — — 40 — 46 — 11	31 30 — — — — — — —	74 47 — — 23 — — — 4	— — — — — — — — —	36 15 — — — — — — —
<b>FINANÇAS PÚBLICAS — FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS — RECEITA, DESPESAS E SALDO POSITIVO OU NEGATIVO</b>												
1) Federal: receita arrecadada	43.140.471	40.596.091	37.616.130	81.023.566	35.204.038	68.851.483	46.570.849	38.244.693	2.503.582	9.231.467	6.435.124	
2) Estadual: receita arrecadada despesa realizada resultado (saldo)	113.802.009 104.597.735 + 9.204.274	125.728.718 — —	90.949.914 — —	170.223.188 161.814.560 + 8.408.628	99.054.024 75.160.352 + 23.893.672	219.331.606 — —	109.979.109 — —	129.848.806 — —	27.625.415 23.119.957 + 4.505.458	30.693.299 — —	18.443.537 12.225.839 + 6.217.698	
3) Municipal: receita arrecadada despesa realizada resultado (saldo)	59.425.766 58.744.689 681.077	75.328.957 73.692.624 1.636.333	54.288.843 52.422.020 1.866.823	91.752.662 — —	61.779.391 57.922.191 3.857.200	148.722.672 140.522.612 8.200.060	66.292.159 63.070.583 3.221.576	54.004.619 54.089.188 — 84.569	13.177.968 12.019.141 1.158.827	9.052.235 7.025.985 + 2.026.350	16.620.176 14.836.418 + 1.783.758	
<b>ENTIDADES DE ASSISTENCIA HOSPITALAR E PARA-HOSPITALAR</b>												
1) de manutenção oficial	1	1	—	9	1	1	1	1	—	—	—	
2) de manutenção particular	15	19	9	12	10	19	15	8	3	5	—	
3) com internamento de doentes	14	18	6	8	11	7	14	3	2	3	—	
4) com maternidade	10	13	7	8	3	13	8	5	3	3	—	
5) com ambulatório	9	11	—	20	5	13	9	5	2	2	—	
6) com creche	—	—	2	2	—	2	—	—	—	—	—	
7) com lactário	—	1	6	2	—	—	—	—	—	—	—	
8) com assistência social	8	7	—	14	3	7	4	—	—	3	—	
9) com radiodiagnóstico	11	8	—	13	7	12	9	7	1	3	—	
10) com radioterapia	1	3	—	4	2	4	—	2	—	—	—	
11) com gabinete dentário	3	3	4	10	2	4	1	—	—	—	—	
12) com gabinete dentário	6	4	4	15	19	11	5	3	2	—	—	
13) n.º de salas para operações	19	24	386	26	8	30	19	11	4	2	—	
14) n.º de salas para partos	10	13	15	8	15	15	12	6	3	4	—	
15) n.º total de seus leitos	645	647	15	1.687	556	1.236	510	318	48	181	30	
16) n.º de leitos gerais	421	372	8	385	305	768	356	199	16	156	26	
para cirurgia	82	119	438	93	28	50	36	91	20	12	—	
para moléstias mentais e nervosas	20	62	—	—	130	230	—	—	—	—	—	
para tuberculose	2	—	—	242	6	9	33	—	—	—	—	
para outras moléstias infecto-contagiosas	—	17	3	862	4	23	57	3	2	—	—	
especializados outros	46	54	34	39	31	15	4	25	4	13	4	
para maternidade	74	64	70	66	52	141	28	66	6	4	—	
17) n.º total de berços e caminhas	82	78	50	47	228	115	49	32	5	23	5	
18) n.º de seus médicos	67	115	50	140	44	133	70	26	10	27	—	
64	71	40	110	42	104	104	43	27	3	4	—	
36	69	8	64	30	63	—	16	23	2	16	—	
20) n.º de seus auxiliares de enfermagem (as)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
21) Letos clínicos e cirúrgicos: n.º absoluto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

**19.ª Zona**

Araraquara  
 Guariba  
 Jaboticabal  
 Matão  
 Monte Alto  
 Rincão  
 Taiúva  
 Taquaritinga

**20.ª Zona**

São Carlos  
 Barra Bonita  
 Brotas  
 Dois Córregos  
 Dourado  
 Itapuí  
 Jaú  
 Macatuba  
 Mineiros do Tietê  
 Pederneiras  
 Ribeirão Bonito  
 Torrinha

**21.ª Zona**

Agudos  
 Avaré  
 Botucatu  
 Cerqueira Cesar  
 Itatinga  
 Lençóis Paulista  
 Santa Barbara do Rio Pardo  
 São Manoel

**22.ª Zona**

Bernardino de Campos  
 Ipaçu  
 Manduri  
 Óleo  
 Pirajú  
 Timburi  
 Xavantes

**23.ª Zona**

Barretos  
 Bebedouro  
 Cajubí  
 Colina  
 Guaíra  
 Guaraci  
 Jaborandi  
 Miguelópolis  
 Monte Azul Paulista  
 Morro Agudo  
 Nova Granada  
 Olimpia  
 Palestina  
 Paulo de Faria  
 Pirangi  
 Pitangueiras  
 Pontal  
 Terra Roxa  
 Viradouro

**24.ª Zona**

Alvares Florence  
 Américo de Campos  
 Buritama  
 Cardoso  
 Cedral

Cosmorama  
 General Salgado  
 José Bonifácio  
 Macaúbal  
 Monte Aprazível  
 Mirassol  
 Nova Aliança  
 Neves Paulista  
 Nhandeara  
 Planalto  
 Potirandaba  
 São José do Rio Preto  
 Tanabi  
 Valentim Gentil  
 Votuporanga

**25.ª Zona**

Ariranha  
 Bariri  
 Bôa Esperança do Sul  
 Bocaina  
 Borborema  
 Catanduva  
 Fernando Prestes  
 Ibirá  
 Ibitinga  
 Tabapuã  
 Itápolis  
 Itajobi  
 Novo Horizonte  
 Pindorama  
 Santa Adélia  
 Tabatinga  
 Uchôa  
 Urupês  
 Irapuã

**26.ª Zona**

Arealva  
 Avaí  
 Avanhandava  
 Baurú  
 Cabrália Paulista  
 Cafelandia  
 Duarte  
 Guarantã  
 Jacanga  
 Lins  
 Penápolis  
 Pirajuí  
 Piratininga  
 Pongai  
 Presidente Alves  
 Promissão  
 Reginópolis

**27.ª Zona**

Araçatuba  
 Bento de Abreu  
 Bilac  
 Birigui  
 Coroados  
 Glicério  
 Guaraçai  
 Guararapes  
 Lavinia  
 Mirandópolis  
 Rubiácea  
 Valparaíso

**28.ª Zona**

Adamantina  
 Alvaro de Carvalho  
 Bastos  
 Gália  
 Flórida Paulista  
 Garça  
 Getulina  
 Herculândia  
 Julio Mesquita  
 Junqueirópolis  
 Lucélia  
 Marília  
 Oriente  
 Oswaldo Cruz  
 Pacaembú  
 Parapuã  
 Pompéia  
 Quintana  
 Rinópolis  
 Tupã  
 Vera Cruz

**29.ª Zona**

Assis  
 Campos Novos Paulista  
 Candido Mota  
 Echaporã  
 Ibirarema  
 Iepê  
 Lutécia  
 Maracá  
 Oscar Bressani  
 Ourinhos  
 Palmital  
 Paraguassú Paul  
 Quatã  
 Rancharia  
 Salto Grande  
 Santa Cruz do Rio Pardo  
 São Pedro do Turvo  
 Ubirajara

**30.ª Zona**

Alfredo Marcondes  
 Álvares Machado  
 Indiana  
 Martinópolis  
 Piquerobí  
 Pirapózinho  
 Presidente Bernardes  
 Presidente Prudente  
 Santo Anastácio  
 Regente Feijó

**31.ª Zona**

Estrela D'Oeste  
 Fernandópolis  
 Jales  
 Pereira Barreto

**32.ª Zona**

Andradina  
 Dracena  
 Gracianópolis  
 Paulicéia

**33.ª Zona**

Presidente Epitácio  
 Presidente Vencesla



Aspecto da abertura do X.º Congresso Nacional de Tuberculose, com a presença do Governador Dr. Jânio Quadros.

**X CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE**

**V CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇAS TORACICAS**

Realizados em São Paulo de 21 a 26 de julho de 1958, em homenagem ao 1.º centenário do nascimento de Clemente Ferreira (1857-1957).

**CONCLUSÕES DO 1.º TEMA: PROBLEMAS MÉDICOS, CIRURGICOS E SOCIAIS DOS PROCESSOS RESIDUAIS DA TUBERCULOSE PULMONAR RESULTANTES DO TRATAMENTO.**

- 1 — Por processo residual de tuberculose pulmonar se entende o processo inativo resultante de qualquer método de tratamento, incluindo-se, nessa definição, a caverna saneada.
- 2 — O advento dos quimioterápicos determinou considerável aumento dos processos residuais, particularmente dos portadores de resíduos grosseiros.
- 3 — A ocorrência de recidiva em portadores de processos residuais resultantes do tratamento é possível, uma vez que as lesões inativadas pela quimioterapia não são necessariamente estéreis, mas não é frequente.
- 4 — A indicação cirúrgica em casos de lesões residuais grosseiras ainda é assunto controvertido. Tudo está a indicar, entretanto, que as cavernas saneadas e os tuberculomas já não podem constituir indicação cirúrgica sistemática.
- 5 — O diagnóstico e o tratamento precoces, fundados na atividade dispensarial eficiente, são os meios capazes de diminuir o número de portadores de lesões residuais grosseiras, reduzindo o vulto do problema da reabilitação.
- 6 — A solidez da cura obtida com a quimioterapia, associada ou não a outros métodos de tratamento, permite aos portadores de processos residuais, mesmo grosseiros, exercer atividade normal de trabalho em condições adequadas.
- 7 — As modificações trazidas pelos novos métodos de tratamento estão a exigir uma nova atitude dos órgãos competentes em relação à capacidade de trabalho dos portadores de processos residuais, evitando o desperdício do enorme potencial econômico que eles representam.

**CONCLUSÕES DO SEGUNDO TEMA:**

“O Hospital na Luta Contra a Tuberculose no Brasil”

- 1 — A luta contra a tuberculose continua com o objetivo de descobrir e tratar precocemente os doentes e proteger a coletividade. Dêse modo, hospitais e dispensários conservam a posição de órgãos profiláticos fundamentais.
- 2 — O aumento do número de leitos tem sido constante, embora sua distribuição não se mostre proporcional às necessidades das diversas regiões do país.
- 3 — O rendimento das atividades desenvolvidas por nossos hospitais de tuberculose, apesar da melhora observada nos últimos anos, ainda é insatisfatório.
- 4 — Entre as causas do rendimento insatisfatório dos hospitais estão: o alto percentual de internação de doentes com formas de tuberculose extensas, irrecuperáveis; a insuficiência de recursos técnicos e seu aproveitamento imperfeito; sua atuação como unidades sanitárias isoladas.
- 5 — Para melhorar o rendimento dos hospitais é indispensável o apêlo básico de uma rede dispensarial suficiente e ativa, com a qual deverão entrosar-se perfeitamente, de modo que o cuidado com os pacientes venha a ser contínuo, desde o diagnóstico até sua completa reintegração na comunidade.

São Paulo, 26 de julho de 1958, Dr. Aldo Villas Bôas (Relator), Dr. Herodoto Pinheiro Ramos, Dr. Roberto Brandi, Dr. Moyses Hodara, Dr. Fábio Fonseca e Silva, Dr. Laurênio Lins de Lima.

**X JORNADA BRASILEIRA DE PUERICULTURA E PEDIATRIA**

Realizou-se em Fortaleza, Ceará, de 13 a 19 de julho, promovida pelo Departamento Nacional da Criança e pela Sociedade Brasileira de Pediatria, sendo a Comissão Executiva presidida pelo prof. Francisco Araujo. O temário é o seguinte: 1) Assistência à criança nas zonas urbana e rural; 2) Temas Livres; 3) Mesas Redondas: a) Endemias da Infância no Brasil; b) Diarréias agudas na infância, c) Corticóides em Pediatria.

**V CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA**

Realizou-se em Recife, Pernambuco, de 9 a 15 de novembro de 1958, o V Congresso Brasileiro de Anestesiologia, promovido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia e organizado pelo Departamento de Anestesiologia da Sociedade de Medicina de Pernambuco.

A Comissão Executiva deste Congresso está composta da seguinte maneira: Presidente, Dr. José Adolfo de Basto Lima; 1.º Secretário, Dr. José Estevão Braga Loureiro; 2.º Secretário, Dr. Valência de Vasconcellos Coelho; Tesoureiro, Dr. Roberto de Oliveira Couceiro.

**II CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS**

De 1 a 6 de julho de 1958, sob o patrocínio da Associação Brasileira de Hospitais e da Divisão de Organização Hospitalar, os dirigentes de entidades hospitalares do país, casas de saúde, administradores e médicos especializados em organização de hospitais se reuniram em Belo Horizonte no II Congresso Nacional de Hospitais, organizado pela Associação de Hospitais de Minas Gerais. Entre as medidas programadas estão

Aspecto da mesa de abertura do X Congresso Nacional de Tuberculose, presidida pelo Ministro Mario Pinotti.



duas exposições: uma de material hospitalar e outra de fotografias de estabelecimentos construídos ou em construção. Três renomados especialistas americanos em assuntos de organização e administração hospitalares, os drs. Clement Clay, da Columbia University; James Stephan, da Universidade de Minnessota, em viagem de intercâmbio científico com a Universidade de São Paulo e a Associação Paulista de Medicina, estiveram presentes, ao lado de médicos, arquitetos, enfermeiras farmacêuticos e outros técnicos brasileiros.

## T E M Á R I O

A — TENDÊNCIAS E NECESSIDADES DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR BRASILEIRA — HOSPITAIS E AS FÔRÇAS ARMADAS  
C — TEMAS LIVRES

### TÓPICO "A" — GRUPO I

#### ITEM 1

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NAS PEQUENAS COMUNIDADES

- Situação geral no país e sugestões indicadas para a solução do problema
- Problemas do preparo e da fixação do médico e dos técnicos
- Hospital — unidade sanitária
- Unidades móveis de assistência

#### ITEM 2

CONSTRUÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES ECONÔMICAS DE HOSPITAIS

- Número máximo e mínimo de leitos a serem construídos num hospital
- Tipos e modalidades de construção
- Padronização de equipamentos e sua fiscalização
- Instalação e manutenção

#### ITEM 3

INTERCÂMBIO HOSPITALAR INTERNACIONAL

- Colaboração e cooperação internacional no desenvolvimento hospitalar no Brasil
- Colaboração e cooperação brasileira para o desenvolvimento hospitalar em outras nações

### TÓPICO "A" — GRUPO II (MESAS REDONDAS)

#### ITEM 1

NECESSIDADE DE PESSOAL ESPECIALIZADO NOS HOSPITAIS

#### ITEM 2

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

#### ITEM 3

"LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR"

### TÓPICO "B"

HOSPITAIS E AS FÔRÇAS ARMADAS

- Situação do Hospital em face das calamidades e sinistros
- Assistência Hospitalar nas Fôrças armadas

A COMISSÃO EXECUTIVA foi assim constituída:

#### PRESIDENTES:

Dr. Hilton Rocha  
Dr. J. Bolivar Drumond

#### VICE-PRESIDENTES:

Dr. Sylvania Miraglia  
Dr. Paulo Antunes  
Dr. Acúrcio Lucena Pereira  
Dr. José Maria Figueiró

#### SECRETÁRIO-GERAL:

Dr. Delcídes Baumgratz

#### SECRETÁRIOS:

Dr. Pedro Rezende  
Dr. José Greco

#### SUB-COMISSÃO DE EXPOSIÇÃO:

Dr. Sandoval de Castro  
Dr. José Geraldo Albernaz

#### TESOUREIRO-GERAL:

Dr. Antônio Avelino Pinheiro

#### TESOUREIRO:

Alberto Freire

#### ASSESSORES TÉCNICOS:

Dr. Theóphilo de Almeida  
Dr. Odair Pedroso  
Dr. Jairo Ramos  
Dr. A. Mello Alvarenga

#### SECRETARIA GERAL:

Hospital Municipal — Rua Formiga  
Belo Horizonte  
Minas Gerais — Brasil

**HOSPITAL DE HOJE** imprimirá a partir do próximo volume alguns dos trabalhos apresentados.

### PROGRAMA DA VII.ª JORNADA PAULISTA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

**Campinas — 20 à 22 de Novembro de 1958.**

Atualização dos estatutos da Santa Casa — **Dr. Geraldo Silva Ferreira.**

Apresentação dos trabalhos realizados pela Comissão de estudos das relações entre hospitais e institutos (mês-redonda de São João da Boa Vista).

Programa para melhoria da enfermagem nos hospitais — **Enf. Maria Rosa Pinheiro.** Previsão do custo do leito-dia (média ponderada) — **Dr. Lech Júnior.**

Aspectos legais da Assistência Hospitalar — **Dra. Augusta B. Carvalho Ribeiro.**

Como interessar o médico na organização hospitalar — **Dr. Emilio Navajas Filho.**

Serviço de salvamento aéreo — **Capitão Médico Dr. Carlos Maia de Assis.**

Da necessidade do convênio hospitalar — **Dr. Guedes de Mello Filho.** — Instalação do convênio dos hospitais da 4.ª Zona.

Seleção econômico-social — **Ass. Soc. Célia de Figueiredo Guazzelli.**

Por que e como organizar racionalmente o serviço de nutrição e dietética — **Da. Izaura Leite Cezar.**

Contabilidade e Administração Hospitalar. — **Cont. Elizário Pires Palerino.**

Serviço de Material, Compras e Almoxarifado — **Dr. Masagochi Gotto.**

Preparo do Pessoal Hospitalar — **Dr. Cid Guimarães.**

Articulação dos serviços médicos militares com os hospitais civis, na paz e na guerra — **Coronel Médico Dr. Carlos de Paula Chaves.**

Papel da religiosa na Assistência Hospitalar — **D. Vicente Zioni (Bispo Auxiliar de São Paulo)**

Perguntas e respostas conduzidas pelos — **Drs. Odair P. Pedroso e Lourdes de Freitas Carvalho.**

Princípios para o bom planejamento do hospital: Ponto de Vista do consultor hospitalar — **Dra. Elza R. Aguiar.**

Princípios para o bom planejamento do hospital: Ponto de vista do arquiteto — **Arq. Plínio Chagas.**

Relações entre a religiosa e o pessoal leigo do hospital — **Irmã Maria Gabriella.**

Importância do Serviço Médico de Arquivo e Estatística para os Hospitais e sua organização — **Dr. Joaquim Rossini.**

Importância da farmácia na economia hospitalar — **Farm. Sr. J. Sílvio Cymino.** Perguntas e respostas.

Relações entre o Corpo Clínico e a Administração — **Prof. Jairo de Almeida Ramos.** Encerramento — "Cocktail" oferecido pela "Laborerapica-Bristol S. A."

Sede:

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Rua Dr. Quirino, 1352 — 4.º andar — Fone 2003

CAMPINAS — ESTADO DE SÃO PAULO

### COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES

Recebemos a carta abaixo:

Pela presente, tenho o prazer de informar VV.SS., que o atual Presidente da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, é o Prof. Dr. Mario Degni.

Prevalendo da oportunidade comunico também a mudança da Secção Brasileira, para a nova Sede Própria, situada na Rua Major Sertório 379, 15.º and., São Paulo. Com os protestos de elevada estima e consideração, subscrevo-me mui

Atenciosamente,

DR. MATHEUS SANTAMARIA (FICS)

● Conforme estava anunciado, realizaram-se no Recife de 11 a 13 do passado mês de Dezembro as **X Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia**, que foram promovidas pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Pernambuco, com a adesão de várias outras sociedades médicas de todo o Brasil.

Presidiu ao conclave o Prof. Martiniano Fernandes, sendo Secretário Geral o Dr. Alherico Câmara. Da Comissão Executiva faziam parte os colegas: Prof. Monteiro de Moraes, Dr. Antônio de Sá Leitão Prof. Ronaldo Cavalcanti, Dra. Miriam Ke'ner e Dr. Clovis Marques. Tesoureiro, o Dr. Pedro Alves.

Os temas oficiais do Congresso foram os seguintes:

Ginecologia: Fragidez sexual (Relatores, Prof. Alcício de Queiroz, da Bahia, e Dr. Paulo Gonzaga de Arruda, de São Paulo), e Terapêutica do teromioma uterino (Relator, Prof. Daniel Ribeiro de Minas Gerais); Obstetrícia: Padronização da pré-natal (Relatores, Drs. Antônio de Sá Leitão e Vicente Wanderley do Recife), e Radiodiagnóstico em Obstetrícia (Relatores, Drs. Mário Kamnitzer Benning, do Rio e Pedro Luiz Costa, do Rio Grande do Sul).

## II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Instalou-se em 6-9-58, em sessão solene realizada no saguão da Biblioteca Municipal, o II Congresso Latino-Americano de Anatomia Patológica, conclave organizado simultaneamente com a II.ª Reunião da Sociedade Brasileira de Patologistas. A mesa foi constituída pelo prof. Gabriel Teixeira de Carvalho, reitor da U. S. P. e presidente da sessão inaugural; prof. K. Mostofi, diretor do "American Registry of Pathology" e do "Armed Forces Institute of Pathology" e secretário-geral da Academia Internacional de Patologia; prof. João Guimarães, diretor da Faculdade de Odontologia de Campinas; prof. Silva Horta, diretor da Faculdade de Medicina de Lisboa; prof. Cunha Mota, da U. S. P., presidente da Comissão de Relatórios e Conferências Breves; prof. Moacir Amorim de Freitas, presidente da mesa dos trabalhos conjuntos e também da S. R. P.; consules gerais do Chile e da Alemanha; prof. Zeferino Vaz; prof. Correia Henao e prof. Ramperl, da Universidade de Bonn.

## RADIOCOMUNICAÇÃO PARA HOSPITAL

A Comissão de Rádio endereçou em agosto de 1958 ofício ao governador do Estado de S. Paulo, comunicando que foi aprovada a instalação de uma estação radiotelegráfica no Hospital Regional de Clínica "Vale do Paraíba", em Pariquerapu. Adianta a referida comissão que o aparelhamento necessário está sendo remetido para aquela localidade, devendo estar montado a esta hora.

## SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Tomou recentemente posse no anfiteatro do Instituto Nacional de Câncer (D. F.), sob a presidência do Prof. Francisco Fialho, a nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Cancerologia, eleita para o biênio 1959-60, e que está constituída da seguinte forma:

Presidente - Dr. Turíbio Braz; 1.º vice - Prof. Ugo Pinheiro Guimarães; 2.º vice - Dra. Madalena Hildegard Stoltz; secretário-geral - Dr. Antônio Pinto Vieira; 1.º secretário - Dr. Alexandre Campos da Costa e Silva; 2.º secretário - Dr. Ataliba Macieira Bellizzi; 1.º tesoureiro - Dr. Evaristo Machado Neto; 2.º tesoureiro - Dr. Tristão Araripe de Aguiar; orador - Dr. Alberto Coutinho; bibliotecário - Dr. Amador Campos; Diretor de Museu - Dr. José Maria Pinto Barreto; e Redator da Revista - Dr. Ronaldo Nyr Alonso Costa.

## II Congresso

Brasileiro de

Cirurgia

Plástica.

Aspecto

da mesa.



## V CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL

Realizou-se entre 7 a 12 de julho de 1958, em Salvador, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Com êsse certame é comemorado o 150.º centenário da fundação da Faculdade de Medicina da Bahia.

## VI CONGRESSO PAN-AMERICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

No mês de agosto realizou-se na Capital Federal o VI Congresso Pan-Americano de Otorrinolaringologia que se instalou simultaneamente com a VII Reunião Anual da Federação Brasileira das Sociedades de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia; ao mesmo tempo efetuou-se o Colégio Sul-Americano para o estudo da otosclerose e a I Reunião Internacional para o estudo do câncer da laringe. Foi Secretário-Geral do Congresso o Dr. Válder Benevides; o Prof. Renato Machado, recentemente falecido deveria ocupar as funções de Vice-Presidente.

Pode citar-se, como um dos participantes de maior renome, o Prof. Chevalier-Jackson, Secretário-Geral da Associação Pan-Americana da especialidade e uma das maiores figuras mundiais da otorrinolaringologia.

## X CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Em Poços de Caldas realizou-se, de 4 a 9 de Julho de 1958, o X Congresso Brasileiro de Oftalmologia, cujo programa científico se compôs dos seguintes temas: a) Descolamento da retina; b) Eletroretinografia; c) Processos degenerativos da retina; d) Retinopatias hipertensivas; e) Geriatria em oftalmologia; e f) Medicina psicossomática em oftalmologia.

● Completou 60 anos, em 25 de julho de 1958, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

## VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCTOLOGIA

Foi realizado no Rio de Janeiro, no Hotel Glória, de 9 a 11 de outubro de 1958.

Temas Oficiais: I - Hemorróidas; II - Pré e Pós-Operatório em Proctologia; III - Câncer Avançado do Reto. — Temas Livres — Parte Social.

Conferencistas Estrangeiros: A. Chifflet, Uruguai — E. Parker Hayden, EE.UU. — Emil Granet, EE.UU. — M. Narchese, Argentina — R. Thompson, Inglaterra.

Secretaria: Av. Churchill 97 - 9.º Andar - Telefone: 32-7367.

● Realizou-se na cidade de Pôrto Alegre, de 6 a 12 de julho de 1958, o XV Congresso Brasileiro de Cardiologia.

## CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Instalou-se no dia 16 de setembro de 1958, no salão-nobre da A.P.M., o II Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, certame patrocinado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Compareceram a êste conclave, como convidados estrangeiros, os Drs. Ernesto Malbec, Hector Marino e Alfredo M. Segers, da Argentina e Drs. Irving B. Goldman e Richard B. Stark, dos Estados Unidos. Forão relatores também os profs. Antonio Prudente e Mario Degni, de São Paulo.

Os temas oficiais foram: dia 17 — "Homo-nerxertos"; dia 18 — "Hemangiomas - conduta terapeutica" e dia 20 — "Úlceras e cicatrizes de perna".

## PAVILHÃO DE VIRUS DO INSTITUTO "ADOLFO LUTZ", S. PAULO

Encontram-se em vias de conclusão as obras do Pavilhão de Virus do Instituto "Adolfo Lutz", que será dotado de moderníssima instalação para as pesquisas científicas, podendo ser considerado o melhor do genero na America do Sul.

A sua construção é superintendida pela Diretoria de Obras Públicas, da Secretaria da Viação, e nela foram aplicados 40 milhões de cruzeiros de verba federal.

O Pavilhão de Virus será dotado de dois corpos, com quatro pavimentos. O Corpo 1 será a parte de maior contaminação e por isso mesmo aparelhado com todos os recursos necessários de segurança, situando-se no Corpo 2 a parte administrativa, além da científica que oferece menores perigos de contaminação.

No Corpo 1 haverá instalação de ar condicionado, cujo custo será de cerca de Cr\$ 10.000.000,00. Além das instalações de ar condicionado, o Pavilhão de Virus do Instituto "Adolfo Lutz" conterá também instalações de vacuo, ar comprimido, vapor, gás, rede interna de telefone, câmaras frigoríficas, estufas, caldeiras, dois elevadores de serviço e de carga e, ainda, de um gerador de energia elétrica para todas as instalações e que entrará em serviço imediatamente, quando ocorrer interrupção do fornecimento de energia. As instalações elétricas foram feitas de maneira a permitir a deslocação dos aparelhos para qualquer local nos laboratórios, de acôrdo com as necessidades.

Na parte altamente contaminada foram empregados dispositivos de segurança, evitando a contaminação, tais como lâmpadas germicidas, que funcionam automaticamente, e a abertura de portas por meio de células fotoelétricas.

● Foram recentemente apresentados 2 interessantes trabalhos em reunião do **Centro de Estudos da Maternidade São Paulo**. "O vacuum extrator em obstetria", pelo dr. Beltrão Junior; "Equilíbrio eletrolítico no pré e pós-operatório em obstetria" pelo dr. Julian Czapski.

● Foi recentemente festejado o jubileu de prata do Departamento de Pediatria da **Associação Médica do Paraná**, com a presença do prof. Pierre Royer, da Faculdade de Medicina de Paris.

● Instalou-se em São Paulo, no Instituto de Psicologia da Universidade Católica à rua Monte Alegre, 984, a **Divisão do Brasil da Sociedade Internacional de Hipnose Clínica e Experimental**. A diretoria da Divisão do Brasil da S.I.H.C.E. é a seguinte: presidente: dr. A. C. de Moraes Passos; vice-presidente, dr. David Arkstein (Rio); 1.º secretário, dra. Cleo Santana Lichteinstein Luz; 2.º secretário, dr. Ervin Wolfenbuttel; 1.º tesoureiro, dr. Carolino Novaes; 2.º tesoureiro, dr. Alberto Chapchap; Comissão de Credenciais, dr. Luiz Baptista, dr. Fernando Oliveira Bastos e dr. Fernando Negrão Prado.

## TRACOMA

Segundo os dados mais recentes colhidos pelo Ministério da Saúde avalia-se em mais de um milhão os casos de tracoma em todo o Brasil; sómente em dois municípios cearenses contam-se 43.000 casos.

● Coincidindo com o encerramento da **XVIII Assembléa dos Conselhos Nacionais de Estatística e de Geografia**, o I.B.G.E. fez inaugurar, na sede da Inspeção Regional de Estatística, em São Paulo, a 11 de julho, duas novas unidades de serviço constantes de uma biblioteca especializada e um escritório do Conselho Nacional de Geografia.

Essas duas unidades, dotadas de acomodações modernas e confortáveis, permitirão ampliarem-se às atividades da instituição em São Paulo, para melhor atender às necessidades de pesquisa especializada.

## HOSPITAL ESPÍRITA DE MARÍLIA

O Hospital Espírita de Marília foi inaugurado em 18 de Julho de 1948, destinando-se ao tratamento de psicopatas, e festejou há pouco seu 10.º aniversário.

Foi idealizado por um grupo de homens espíritas, que ao visitar a cadeia pública de Marília, ali encontravam doentes mentais encarcerados a mercê da sorte, sem tratamento e longe dos seus familiares.

Sua capacidade assistencial é de 228 leitos, subdivididos em secções masculina e feminina.

Possue secção de cirurgia, constando de uma sala de operações, duas de assepsia, um quarto e duas pequenas enfermarias. Esta secção destina-se aos insanos mentais que dela necessitem.

Ainda, em suas dependências estão instalados um gabinete dentário, uma farmácia, uma barbearia, sala de costura e uma lavanderia mecanizada.

Um amplo e bem aparelhado laboratório de análises foi instalado para as pesquisas de análises clínicas.

Possue como diretor clínico, o operoso e dedicado médico Dr. J. B. Marinho, ladeado pelos seus dinâmicos colegas Drs. Antônio G. Martins e José A. D. Casela, sendo este último médico analista. Dr. Luiz Pereira da Silva, presta valiosos serviços como dentista.

Para aquilatar-se de suas atividades assistenciais, passaremos a transcrever a classificação dos internados de acôrdo com sua condição de internamento e seu credo religioso.

## Entrada:

Doentes masculinos pensionistas ..	766
Doentes masculinos indigentes ...	2.095
Doentes femininos pensionistas ...	1.004
Doentes femininos indigentes ....	1.611
	<hr/>
	5.476

## Credo Religioso:

Católicos .....	4.938
Espíritas .....	178
Protestantes .....	143
Budistas .....	125
outros credos .....	12
indiferentes .....	80
	<hr/>
	5.476

Para melhor atender as necessidades desta Casa, seus dirigentes, num maior esforço, resolveram instalar a hidroterapia para ambas as secções, já estando em fase inicial a sua adaptação.

## PRÊMIO PARA ENFERMEIROS

Mencionámos no volume precedente novo prêmio para trabalhos sôbre Centros Cirúrgicos, dedicado a enfermeiras.

É o seguinte seu regulamento:

Art. 1.º — O Prêmio "EDITH DE MAGALHÃES FRAENKEL", instituído pelo LABORATÓRIO CRINO-SEDA DE SUTURAS CIRÚRGICAS SOCIEDADE ANÔNIMA, é uma homenagem à sua PATRONA e à enfermeira brasileira que por sua dedicação e competência dignifica sua profissão, e um incentivo aos trabalhos de pesquisa.

Art. 2.º — O PRÊMIO será distribuído pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM em seus Congressos Nacionais.

Art. 3.º — O PRÊMIO constará de:

- medalha de prata dourada, tendo no verso a efígie da PATRONA e os dizeres PRÊMIO "EDITH DE MAGALHÃES FRAENKEL" e no reverso os dizeres "ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM", além do nome da cidade e ano do Congresso, e o emblema da ABEn;
- livro científico; e,
- diploma assinado pelo Presidente e Secretário da ABEn.

Art. 4.º — Poderão concorrer ao PRÊMIO, com trabalhos inéditos ou de real valor que versem sôbre Centros Cirúrgicos, enfermeiras diplomadas que sejam membros ativos da ABEn.

§ único — Os trabalhos em colaboração com estudantes ou com elementos de especialidade não classificados nos Estatutos da ABEn, serão aceitos desde que enfermeiras enquadradas nos Estatutos da ABEn, sejam co-autores.

Art. 5.º — Os trabalhos dos concorrentes, em duas vias, deverão ser entregues na Secretaria da ABEn, até o dia 25 de abril de cada ano.

§ 1.º — Os trabalhos concorrentes ao PRÊMIO poderão ser individuais ou em colaboração, escritos em português e datilografados em espaço duplo.

§ 2.º — Os trabalhos serão assinados sob pseudônimo e acompanhados de um envelope fechado contendo o nome do autor e o título do trabalho e no sôbre-escrito e pseudônimo adotado e o título do trabalho, além dos dizeres PRÊMIO "EDITH DE MAGALHÃES FRAENKEL".

Art. 6.º — Os trabalhos, uma vez recebidos, serão datados, carimbados e rubricados na primeira página do texto pelo Secretário da ABEn e guardados em sigilla até serem entregues à COMISSÃO JULGADORA.

§ 1.º — Os envelopes para identificação serão também datados, carimbados e rubricados no reverso pelo Secretário-Executivo da ABEn e guardados até destino final.

§ 2.º — No ato da entrega do trabalho será dado um recibo ao concorrente ou a seu preposto.

Art. 7.º — Nos últimos dias de abril, a Diretoria da ABEn nomeará uma COMISSÃO, composta de três membros para julgar os trabalhos. § 1.º — Os três membros da COMISSÃO JULGADORA, serão escolhidos em sessão da Diretoria da ABEn.

§ 2.º — A Diretoria da ABEn fará novas indicações, caso haja impedimento dos membros escolhidos.

§ 3.º — A passagem dos trabalhos de um para outro membro da COMISSÃO JULGADORA será obrigatoriamente feita por intermédio da Secretaria da ABEn.

§ 4.º — Cada trabalho será entregue aos membros da COMISSÃO JULGADORA mediante recibo que será recuperado com a devolução do trabalho.

Art. 8.º — Uma vez constituída, a COMISSÃO JULGADORA terá o prazo de quarenta e cinco dias para dar parecer.

§ 1.º — O parecer da COMISSÃO JULGADORA será dado por escrito, em duas vias, uma das quais será arquivada, ficando a outra, durante quinze dias, à disposição dos interessados, na Secretaria da ABEn.

§ 2.º — Em caso de empate os dois trabalhos serão laureados.

§ 3.º — Serão concedidos medalhas e diploma a cada autor do trabalho laureado, no qual conste os nomes dos demais colaboradores na ordem apresentada no trabalho inscrito.

§ 4.º — O relatório da COMISSÃO JULGADORA só poderá negar ou conceder o PRÊMIO.

§ 5.º — O relatório da COMISSÃO JULGADORA deverá limitar seu parecer ao mérito intrínseco do trabalho.

§ 6.º — O parecer da COMISSÃO JULGADORA será soberano e inapelável.

Art. 9.º — De posse do parecer da COMISSÃO JULGADORA, a DIRETORIA da ABEn abrirá exclusivamente o envelope com o pseudônimo do vencedor e anunciará o nome do autor após verificar a não infração aos artigos 5.º e 6.º e seus parágrafos.

§ 1.º — Em caso de ser positivada qualquer infração, por parte do autor ou autores, a COMISSÃO JULGADORA emitirá parecer baseado nos trabalhos restantes.

§ 2.º — Os trabalhos não premiados e respectivos envelopes de identificação, inviolados, poderão ser retirados mediante devolução do recibo que desles foi dado, dentro do prazo de seis meses a contar da data em que foi anunciado o nome do vencedor, findo os quais poderão ser inutilizados pela Diretoria da ABEn.

Art. 10.º — A prioridade para publicação do trabalho vencedor, que passa a pertencer à ABEn, caberá à REVISTA da referida Associação, cujo corpo redatorial, entretanto, poderá declinar da mesma.

Art. 11.º — Quando o PRÊMIO não fôr concedido por falta de concorrente, por voto da COMISSÃO JULGADORA, ou por outros motivos imprevisíveis, o livro estipulado no Art. 3.º será acumulado para o ano seguinte.

Art. 12.º — A Diretoria da ABEn será árbitro supremo para decidir as dúvidas surgidas na interpretação deste Regulamento, ou resolver qualquer dificuldade em sua execução.

Art. 13.º — Na hipótese de extinção ou dissolução da ABEn, o PRÊMIO deixará de ser concedido.

Art. 14.º — Este Regulamento poderá ser modificado, de acôrdo com o patrocinador do Prêmio, sempre que a ABEn julgar necessário ou conveniente.



Vista aérea do Hospital Espírito de Marília.

Área construída: 4.000 m<sup>2</sup>

Ao lado, o Corpo Clínico do Hospital de Marília.

### BOLSAS DE ESTUDOS

O Conselho Britânico oferece número limitado de bolsas de estudo a brasileiros, para aperfeiçoamento na Grã-Bretanha. Algumas dessas bolsas (Tipo A — "Scholarships") serão concedidas para o ano letivo a iniciar-se em outubro de 1959, e outras (Tipo B — "Bursaries") para períodos de 3 a 6 meses, compreendidos entre os meses de abril de 1959 a março de 1960. Destinam-se a candidatos de ambos os sexos, portadores de diploma universitário, formados pelo menos há dois anos (três anos no caso de médicos). Dar-se-á preferência aos que estiverem entre 25 e 35 anos. As bolsas cobrem despesas de taxas escolares e manutenção do estudante na Grã-Bretanha durante o período de estudos. Os estudos serão normalmente realizados em universidades e instituições de pesquisas, mas poderão também ser realizados em firmas industriais, hospitais e outras instituições de caráter extra-acadêmico. No caso de médicos só poderão encorrer aqueles que se ocuparem com o ensino da medicina ou com pesquisas numa universidade ou outra instituição similar. Os pedidos de inscrição deverão ser inicialmente feitos por meio duma carta escrita pelo próprio candidato, em inglês, e dirigida ao "Representative", The British Council, Av. Churchill, 129, 10.º andar, Caixa Postal 2237, Rio de Janeiro. As cartas deverão ser enviadas ao endereço acima o mais cedo possível, pois os pedidos de inscrição recebidos depois de 6 de setembro não serão atendidos. As cartas deverão conter as seguintes informações (nenhum documento deverá ser enviado nessa ocasião): a) nome completo; b) endereço; c) idade; d) breve relato sobre a educação e experiência; e) detalhes dos estudos que o candidato deseja realizar na Grã-Bretanha; f) se deseja concorrer à Bolsa do Tipo A ou do Tipo B.

### DR. KENNETH COURTNEY

Voltou para os EE.UU. o sanitarista Kenneth Courtney, representante do "Pan-American Sanitary Bureau" e do Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde no Brasil. Aqui deixa muitos amigos, entre os quais o redator de Hospital de Hoje.

### 3.º CONGRESSO MÉDICO PSICOLÓGICO IBERO-AMERICANO

O 3.º Congresso Médico Psicológico Ibero-Americano, teve lugar no Rio de Janeiro, de 17 a 23 de agosto de 1958, sob o patrocínio do Conselho Ibero-Americano de Intercâmbio Médico-Psicológico.

### I CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA, CIRURGIA E ODONTOLOGIA DE URGÊNCIA

Realizou-se no Rio de 19 a 26 de outubro de 1958, o I Congresso Brasileiro de Medicina, Cirurgia e Odontologia de Urgência. Temário: I — Temas oficiais: Enfarte do miocárdio; Parada cardíaca; Fraturas dentárias, mandibulares e maxilares; Organização dos Serv. de Med. Cirurg. e Odontologia de Urgência. II — Simpósios: Pancreatite aguda; Urgências em hematologia; Toxicose; Abdomen agudo na infância; Conduta na hemorragia por ruptura de varizes esofágicas; Queimaduras; Traumatismos encefalocranianos; Toxemias gravídicas; Traumatismos da mão; A dor em odontologia; Infecções agudas odontológicas. III — Temas livres: Local — Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

### HOSPITAL DE PALMEIRAS

Por ocasião da sua viagem ao Recife o Ministro Mário Pinotti esteve na cidade de Palmeiras ali tendo presidido ao lançamento da pedra fundamental do Centro de Saúde-Hospital Regional, que terá capacidade para 120 leitos, dispondo de várias clínicas, lactário, dispensário materno-infantil, de tuberculose e banco de sangue. O edifício será construído com o auxílio do Ministério da Saúde, contando com uma verba inicial de 3 milhões de cruzeiros.

### NOVA DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE TUBERCULOSE

Em sua sede (Av. Mem de Sá, 197) teve lugar a Assembléia Geral da Sociedade Brasileira de Tuberculose, para a realização das eleições para a nova diretoria. A chapa escolhida dos fisiologistas é presidida pelo dr. Eli Bahia de Almeida, e tem como vice-presidente o dr. Arthur Henrique Ennes de Almeida. Os demais integrantes são: 2.º vice-presidente: Walter Mendes; secretário-geral, dr. Fernando Seidl; 1.º secretário, dr. Abraão Serebranic; 2.º secretário, dr. Wilson Aranha; orador, dr. Newton Bethlén; tesoureiro, dr. Abraão Waissman; adjunto de tesoureiro, dr. Afonso Bernardinelli Tarantino; bibliotecário, dr. Alvaro Vieira.

A 24 de setembro de 1958, em sessão solene presidida pelo ministro da Saúde, dr. Mário Pinotti, o prof. Aloysio de Paula transmitiu o cargo ao dr. Eli Bahia de Almeida.

### HOSPITAL EM JOÃO PESSOA

Está marcada para breve a inauguração de dois hospitais em João Pessoa, Paraíba: o Hospital do Câncer e o Sanatório de João Pessoa para tuberculosos.

### SEGUNDO CURSO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR NA MARINHA

A Diretoria de Saúde Naval fez realizar, a partir de 8 de setembro de 1958, o II Curso de Organização e Administração Hospitalar, sob a orientação do dr. Maury Pinto de Oliveira e colaboradores. Local: Auditório da Delegacia Regional do Instituto dos Bancários, Edifício Darke de Matos, Rua 13 de Maio, 2.º andar. Horário: segundas, quartas e sextas — 15 às 16 horas. Inscrições: Diretoria de Saúde da Marinha (Biblioteca) Rua do Acre, 21 11.º andar — Tel. 43-5955. Condições para inscrições: Oficial do Corpo de Saúde da Marinha ou Corpo de Intendentes ou civil de nível universitário.

### O COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES EM GOIÁS

Com a presença do Prof. Mário Degni, Presidente da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, instalou-se recentemente em Goiânia, Goiás, a Seção Regional da entidade, cuja Diretoria ficou constituída pelos seguintes colegas: Presidente Luiz Rassá; Vice-Presidente, Anapolino de Faria; Secretário Wilson Mendonça; e Tesoureiro, Ademar Câmara.

### "INTERNSHIPS" PARA MÉDICOS BRASILEIROS

A partir de 1960, os médicos brasileiros candidatos a uma residência ou "internship" em hospitais norte-americanos, deverão prestar um exame orientado pelo "U. S. National Board of Medical Examiners" antes de partir para os Estados Unidos. A responsabilidade da administração deste exame estará sob a orientação do "Educational Council for Foreign Medical Graduates" de Evanston, Illinois, cuja representação no Brasil é constituída da seguinte Comissão: drs. Murillo Bastos Belchior — presidente do Instituto Brasil-Estados Unidos, Iseu de Almeida e Silva — presidente da Associação Brasileira de Medicina e Almir de Castro — diretor de Programas da CAPES. O primeiro exame será dado no próximo dia 23 de setembro de 1958. Os candidatos deverão dirigir-se diretamente ao "Educational Council for Foreign Medical Graduates", Evanston, Illinois, — USA. Os formulários serão fornecidos pelo Instituto Brasil-Estados Unidos, à Rua Senador Vergueiro, 103. Uma vez selecionados pelo "Educational Council for Foreign Medical Graduates", Evanston, Illinois, os candidatos serão informados por intermédio da Comissão Brasileira para prestar os exames. Além do citado exame pela Comissão, deverão os candidatos prestar um exame da língua inglesa no Instituto Brasil-Estados Unidos.

### III CONGRESSO MÉDICO DE JUIZ DE FORA

Organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, sob a presidência do dr. Renato Loures, realizou-se entre 20 e 24 de agosto, o III Congresso Médico de Juiz de Fora, tendo se inscrito, com trabalhos e comunicações científicas, cerca de 300 médicos, do Rio, de S. Paulo, de Belo Horizonte, de Salvador e de Vitória, de várias cidades de Minas, Rio de Janeiro, S. Paulo e Espírito Santo.

● No recente **Congresso Internacional de Urologia**, que se realizou em Estocolmo e no qual tomou parte o Prof. Figueiredo Baena, catedrático de Clínica Urológica da Faculdade Nacional de Medicina, ficou resolvido que será efetuado no Brasil o próximo Congresso Internacional da especialidade, ao qual presidirá o Prof. Baena.

● Foi recentemente constituída a **Sociedade Brasileira de Colposcopia**, destinada a estimular e ampliar o estudo da colposcopia e elevar mais o seu padrão, e cuja primeira Diretoria, para o período 1958-1961 ficou assim constituída: Presidente, Prof. Figueiredo Baena; Vice-Presidente, Prof. Arnaldo de Moraes; Secretário-Geral, Dr. João Paulo Rieper; Secretário, Dra. Hildegard Staltz; Tesoureiro, Dr. Alkindar Soares; Redator de Publicações, Dr. Álvaro de Aquino Sales; Comissão de Admissão, Prof. Cláudio Goulart de Andrade, Dr. Turíbio Brás e Dr. José Abreu Conceição.

● No encerramento do **Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental**, que teve lugar em Salvador, foi escolhida a cidade de Belo Horizonte como local de realização do próximo conclave. Na oportunidade foi eleita a nova Diretoria da Sociedade, que ficou constituída da seguinte forma: Presidente, Prof. Sílvio Cunha, de Belo Horizonte; Vice-Presidente, Prof. José Lucena, do Recife; Secretário Geral, Prof. José Geraldo Albernaz, de Belo Horizonte; Tesoureiro Geral, Prof. Ribeiro de Mendonça, de Belo Horizonte.

### CONCLUSÃO DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE JUIZ DE FORA

Segundo um convênio firmado com o Ministério da Saúde, ficou decidida a continuação das obras do Hospital da Santa Casa de Juiz de Fora, bem como a aquisição de novos equipamentos médicos. A aplicação de recursos orçamentários em obras dessa natureza está no plano do Ministério da Saúde que contribuirá com 10 milhões de cruzeiros. Uma das cláusulas do convênio assinado, obriga a beneficiada a apresentar, até 31 de julho de 1959, os respectivos comprovantes dos recursos mencionados.

### SOCIEDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Em reunião efetuada no passado mês de outubro foram eleitos, por unanimidade, sócios beneméritos da Sociedade de Otorrinolaringologia do Rio de Janeiro o Prof. Mário Pinotti, Ministro da Saúde, e o Prof. Clóvis Salgado, Ministro da Educação, pelos relevantes serviços prestados ao VI Congresso Pan-Americano de Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia.

Na mesma sessão foi eleita a nova Diretoria da Sociedade para o biênio de 58/59, que ficou assim constituída:

Presidente, Dr. Luiz Guimarães; Vice-Presidente, Dr. George da Silva; 1.º Secretário, Dr. Jacques Soriano; 2.º Secretário, Dr. Octávio Kós; Tesoureiro, Dr. Milton de Carvalho; Orador, Dr. Meireles Vieira; Bibliotecário, Dr. Sílvio Moreira da Silva; Presidente da Seção de Broncoesofagologia, Dr. Sebastião de Azevedo; Presidente da Seção de Cirurgia Plástica, Dr. Ivo Pitanguí; e Presidente da Seção de Foniatria, Dr. Pedro Bloch.

● Por serviços prestados à Marinha de Guerra brasileira foi condecorado com a Ordem do Mérito Naval o conhecido cirurgião paulista de fama internacional, **Prof. Edmundo de Vasconcelos**, que recentemente foi convidado a fazer parte da Comissão que atribuirá o Prêmio Nobel de Medicina em 1959.

### BASES PARA O ENSINO DA ESTATÍSTICA MÉDICA

Encerrou-se em 28 de julho de 1958, a I Conferência Sul-americana sobre o Ensino de Estatística Médica, patrocinada pelo Departamento de Estatística da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Repartição Sanitária Pan-americana, e de que participaram 22 professores de medicina e estatística de seis países do continente.

Ao final dos trabalhos, foram aprovadas as seguintes conclusões gerais:

"I) Bases para o desenvolvimento de atividades estatísticas nas escolas de medicina com especial consideração do ensino; 1) o ensino da estatística é indispensável para a formação do médico porque se trata de matéria necessariamente utilizada ao aplicar-se o método científico; 2) o ensino da estatística visa contribuir para a formação de atitude científica, fornecer conhecimentos elementares para a boa coleta e análise de observações, bem como tornar o médico consciente de sua responsabilidade como fonte de informações para importantes sistemas estatísticos de saúde; 3) o ensino de estatística deve ser iniciado precocemente nas escolas médicas, com um curso básico, completando-se nos anos seguintes com as técnicas estatísticas utilizadas nas diversas disciplinas do currículo médico; 4) devem adotar-se métodos de ensino que tendam a despertar, desde o início, o interesse do aluno pela estatística, dando-lhe ampla oportunidade de trabalho ativo e prático para facilitar a aquisição das atitudes, habilidades e conhecimentos desejados; 5) o ensino é melhor realizado quando as escolas de medicina possuem um núcleo de estatística com pessoal dedicado exclusivamente a esta disciplina e adequado, em número e qualidade, para o desenvolvimento de atividades de: a) ensino para estudantes e outros grupos; b) colaboração dentro e fora da escola; c) investigação. O ensino deverá contar com a colaboração de pessoal de outras disciplinas interessado na matéria para atender ao espírito de investigação desejado.

II) Condições presentes do ensino da estatística médica nas escolas de medicina sul-americana; 6) o ensino da estatística nas escolas de medicina da América do Sul é, com poucas exceções, insuficientes ou inexistente.

III) Recomendações para melhorar o estado atual da estatística nas escolas de medicina sul-americanas; 7) para melhoria da situação atual impõe-se, quando se o necessário, despertar interesse pela estatística por parte do corpo docente e dar uma preparação elementar a pessoas que possam iniciar o ensino. Em fases mais avançadas, interessa a formação do núcleo estatístico referido na 5.ª conclusão, aproveitando-se as oportunidades de aperfeiçoamento para que o pessoal docente alcance o devida nível de conhecimentos; 8) na própria América do Sul existem centros de preparação para diversos níveis e campos de atividade em estatística médica. É necessário que sejam aproveitados, tanto em escala nacional como internacional, para remediar a escassez de pessoal docente que constitui, no momento, o problema mais premente. As organizações internacionais podem contribuir, de forma importante, para a realização deste plano; 9) o presente documento constitui informação útil sobre o problema, solicitando-se à Repartição Sanitária Pan-americana que lhe dê adequada divulgação encaminhando-o aos governos e a todos os organismos interessados e responsáveis pela educação médica nos países sul-americanos".

### SOCIEDADE MÉDICA DA MUNICIPALIDADE DE SÃO PAULO

Realizou-se nos primeiros dias do passado mês de dezembro a eleição da nova diretoria da Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, para o biênio 1959-1960, tendo sido eleitos os seguintes membros: presidente - Dr. Joaquim Rossini; vice-presidente - Dr. Adauto Martins; 1.º secretário - Dr. João Batista de Bernardes Lima; 2.º secretário - Dr. Carlos Decourt Júnior; 3.º secretário - Dra. Ivone Faccuri; 1.º tesoureiro - Dr. Dagoberto Silveira da Conceição; 2.º tesoureiro - Dr. Masagoshi Goto; bibliotecário - Dr. Sérgio Diogo Giannini, CONSELHO CONSULTIVO - Drs. José Márcio Malta Cardoso, Álvaro Dino de Almeida, José Soares Hungria Filho, Jorge de Almeida Bello e Cássio Moraes Alves.

● Iniciou-se no dia 12 de novembro uma intensa campanha destinada a angariar fundos para a construção de um hospital, em São Paulo, destinado exclusivamente à correção dos defeitos da face, iniciativa da **Associação Paulista para Correção de Defeitos da Face**, a que preside o Prof. Benedito Montenegro. Em declarações à imprensa leiga, o Prof. Montenegro declarou que em cada 300 crianças pelo menos 1 apresenta defeitos na face, defeitos congênitos, devendo acrescentar-se a este número aquelas que sofrem acidentes, por queimaduras, quedas, etc.

### IV JORNADA DE ATUALIZAÇÃO CIRÚRGICA

Realizou-se de 3 a 5 de setembro, a IV Jornada de Atualização Cirúrgica do Colegio Americano de Cirurgiões em São Paulo.

● Realizou-se em São Paulo, na primeira quinzena de julho, a **X Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**. Fundada a 6 de julho de 1948 por um grupo de pesquisadores paulistas ligados a vários setores da atividade científica, a S.B.P.C. conta hoje, aproximadamente, dois mil sócios em todo o País.

A última reunião anual, verificada a 6 daquele mês, data em que a entidade completava o décimo aniversário, congregou sócios de todas as especialidades científicas e propiciou o debate e a discussão de problemas gerais da ciência que envolvem interesse para o Brasil.

### INSTITUTO DE ARQUITETOS DO BRASIL

Em Assembleia Geral Ordinária, realizada em 28 de novembro de 1958, foram eleitos os novos membros da Comissão Diretora e Conselho Fiscal, para o Exercício de 1959, do Instituto de Arquitetos do Brasil, Departamento do Rio Grande do Sul:

Comissão Diretora: IRINEU BREITMAN, Presidente; MIGUEL ALVES PEREIRA, Vice-Presidente; MILITÃO DE MORAIS RICARDO, 1.º Secretário; JOÃO JOSÉ VALLANDRO, 2.º Secretário; LINCOLN GANZO DE CASTRO, Tesoureiro.

Conselho Fiscal: CASTELAR B. PEÑA, MANOEL JOSÉ CARVALHO MEIRA, CARLOS MAXIMILIANO FAYET.

Toda correspondência desse Departamento deve ser enviada para:

Faculdade de Arquitetura

Rua Sarmiento Leite esquina Oswaldo Aranha. — Porto Alegre.

## CURSOS MÉDICOS DO DNS

Médicos e profissionais de outras categorias já foram beneficiados com os 23 diferentes cursos que o Departamento Nacional de Saúde, já ministrou desde sua organização. O setor que atraiu o maior número de médicos foi o de Administração Hospitalar, com 361 inscritos em 15 cursos. Todos esses cursos deverão integrar o programa da futura Escola Nacional de Saúde Pública, a ser criada em breve. As especialidades lecionadas foram as seguintes: Saúde Pública, Organização Sanitária, Nutrição, Higiene Mental, Técnica do Laboratório, Estatística Vital, Doenças Venéreas, Engenharia Sanitária, Malária, Lepra, Tuberculose, Câncer, Tuberculose, Peste, Endemias Rurais, Administração Hospitalar, Radiologia e Tuberculose Pulmonar, Topógrafo Auxiliar, Operador de Água e Esgoto, Técnico Entomologista, Auxiliar de Estatística, Operador de Raios X e de Prático de Laboratório. O número de concluintes foi de 2.361, divididos por 173 cursos, dos quais 28 sobre Administração Hospitalar, 16 de Técnicos de Laboratório, 15 de Saúde Pública, 14 de Higiene Mental e 9 de Malária.

## XII CONGRESSO DA SOCIEDADE DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Realizou-se em São Paulo, de 26 de julho a 2 de agosto de 1958, o XII Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, que foi presidido pelo Prof. Domingos Define, dele participando especialistas estrangeiros, especialmente convidados: os Profs. Robert Merle d'Aubigne, da França, Oscar Scagliatti, da Itália, e John Charnley, da Inglaterra.

Foram os seguintes os temas oficiais do Congresso, com os respectivos relatores:

I — Fratura da Bacia — dr. Oscar Rudge, do serviço do IAPETC, do Distrito Federal, e dr. Leo Mehlde, do Pronto Socorro de Porto Alegre.

II — Tratamento de luxação recidivante de espádua — dr. Donato D'Angelo, da IAPC do Distrito Federal, e dr. Walter de Mello Barbosa, do IPASE, do Distrito Federal.

III — Tratamento do pé torto congênito — prof. Domingos Define, do serviço do Pavilhão Fernandinho Simonsen, da Santa Casa e o prof. Achilles de Araújo, da Faculdade Nacional de Medicina. IV — Tratamento da paralisia infantil na fase aguda — dr. Oswaldo Pinheiro Campos, do Serviço do Hospital Jesus do Distrito Federal, e pro. Rui Neves Batista, de Recife.

Durante o congresso, foi realizada uma exposição científica e sessões audio-visuais, com a apresentação de fitas coloridas.

Numerosas resoluções foram tomadas no XII Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, levado a efeito na sede da Associação Paulista de Medicina e cujos trabalhos foram encerrados com um jantar de confraternização no Automóvel Clube. Foram aprovadas várias moções, que serão levadas ao conhecimento das autoridades competentes notadamente no que se refere à paralisia infantil. Uma das moções aprovadas visa incentivar a vacinação com o produto "Salk", em crianças do seis meses a dois anos de idade.

## XXIV REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

Realizada em Recife, de 28 a 31 de agosto de 1958. Temas oficiais e relatores: I — a) "Oftalmopatias de interesse em clínica geral", relator: Prof. Clóvis Paiva; b) "Diagnóstico e tratamento dos tumores do mediastino", relator: prof. Fernando Pinto Pessoa; II — Simpósio sobre arterioesclerose — simposiasta: prof. Fernando Simões Barbosa; simposiastas: drs. Ernani Granxille Costa, Silvio Paes Barreto, Humberto Queiroz Meneses e José Alberto Maia; III — Temas livres.



Instalação do XII Congresso de Traumatologia e Ortopedia.

## SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Durante o recente Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, que se efetuou no Hotel Quitandinha, em Petrópolis, foi eleita a nova Diretoria da instituição, que ficou formada da maneira seguinte: Presidente, Prof. A. de Matos Pimenta (São Paulo); Vice-Presidente, Prof. José Geraldo Albernaz (Belo Horizonte); Presidente-Eleito (1959), Prof. Elyseu Paglioli (Porto Alegre); Secretário-Geral, Dr. Paulo Mangabeira Albernaz Filho (São Paulo); Secretário Auxiliar, Dr. Djalma Chastinet Contreiras (Rio); Tesoureiro, Dr. José Zaelis (São Paulo); Membros da Comissão Executiva: Prof. José Ribe Portugal (Rio); Prof. Manuel Caetano de Barros (Recife); Dr. Paulo Neimeyer (Rio); Dr. Renato Barbosa (Rio); e Dr. Rolando Tenuto (São Paulo).

## CURSO SOBRE ELEMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Por solicitação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, a Associação Paulista de Hospitais esteve realizando naquela instituição um "Curso sobre elementos de Administração Hospitalar".

O programa é o seguinte:

1 — Evolução do conceito da assistência hospitalar e do hospital. Funções do hospital; 2 — Administração superior do hospital. Mesa Administrativa; 3 — Administração Superior do hospital. Administrador; 4 — Organização administrativa do hospital; 5 — Elementos do hospital; 6 — Evolução de Assistência Hospitalar do Estado de São Paulo; Lei 1982; 7 — Definição dos termos hospitalares; 8 — Corpo médico; Organização de Funções. Relações; 9 — Serviço de Enfermagem; 11 — Serviço de Arquivo Médico e Estatística; 12 — Serviço Social Médico; 13 — Serviço de Nutrição; 14 — Farmácia; 15 — Serviços Auxiliares Médicos; 16 — Centro Cirúrgico. Padrões mínimos; 17 — Ambulatório; 18 — Unidade de moléstias infeto-contagiosas; 19 — Serviço do Pessoal (organização estatal e particular); 20 — Legislação no hospital; 21 — Contabilidade; 22 — Serviço de Material; 23 — Serviço de Conservação e Reparos; 24 — Serviço de Manutenção; 25 — Lavanderia e Rouparia; 26 — Limpeza; 27 — Treinamento de pessoal hospitalar; 28 — Proteção contra incêndios; 29 — Epidemiologia e o hospital; 30 — Saneamento, Água, esgoto e lixo; 31 — O hospital e a comunidade; 32 — Serviços integrados de Saúde Pública; 33 — Ética hospitalar. É ministrado em 50 horas, distribuída por 2 meses.

## CURSO DE PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL

A Diretoria dos Cursos, do Departamento Nacional de Saúde, fará realizar um Curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Higiene Mental e Psiquiatria Clínica, para médicos, com a duração de 4 meses. As inscrições acham-se abertas na Secretaria dos Cursos do D.N.S., a Rua do Rezende 128, 2.º andar, devendo os candidatos apresentar os seguintes documentos no ato da matrícula: a) diploma de médico, devidamente registrado no S.N.F.M.; atestado de sanidade física e mental, com firma reconhecida; e prova de identidade.

## FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE TUBERCULOSE

Após os congressos de tuberculose e doenças do tórax, que se reuniram recentemente em São Paulo, ficou assim constituída a nova diretoria da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose, que congrega todas as organizações brasileiras que tratam do assunto e que tem sede no Rio de Janeiro: presidente: dr. Mozart Tavares de Lima Filho; vice, dr. Roberto Bardi; secretário-geral: dr. Reginaldo Fernandes; secretário-adjunto: dr. José Carvalho Ferreira; 1.º secretário: dr. Sílvia Lemos do Amaral; 2.º secretário: dr. William Homsí Elisias; tesoureiro: dr. Antonio Pereira Campos; tesoureiro-adjunto: dr. Carlos Comenale Júnior.

## ESCOLA DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM "MARIA PIA MATARAZZO"

Realizou-se dia 27 de setembro de 1958, a solenidade de entrega de certificado à 2.ª turma de alunas, que contou com a presença da Profa. Hermínia Camargo — Diretora da Escola, Dr. Camilo Soares de Figueiredo Jr. — Inspetor Federal, Condessa Mariangela Matarazzo, Maria Pia Matarazzo, Da. Leonor Mendes de Barros. Patronesses, Revma. Madre Eleutéria, Superiora do hospital. Parainfou a turma a Dra. Mariangela Matarazzo. É a seguinte a relação dos formandos: Antonia Alves da Silva, Adalina dos Santos, Carmem Gonzales Gomes, Cecília Faria Domiciano, Elza Gonçalves, Josefina Bellini, Julia Nery de Sousa, Maria da Cruz Coelho, Maria de Lurdes Fischer, Maria Augusta Fernandes, Maria Franzini, Maria Nazareth Serra, Maria Rodrigues Oliveira, Marina Lopes de Lima, Otavio José Moreira Júnior, Rosa Maria de Jesus, Rosa do Patrocínio Gentil, Rita Campos, Ruth Comar e Selvina von Dentz.



Aspecto da Mesa do II Congresso Psicanalítico Latino-Americano

## CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANALISE

O II Congresso Latino-Americano de Psicanálise realizou-se em São Paulo, de 24 a 30 de agosto, sob o patrocínio da Sociedade Brasileira de Psicanálise, por indicação feita em sessão deliberativa do I Congresso Psicanalítico Latino-Americano, realizado em Buenos Aires em agosto de 1956, sob os auspícios da Associação Psicanalítica Argentina.

Integraram a Comissão Organizadora do Congresso os srs.: presidente, dr. Durval Marcondes; secretário, dr. Mario Yahn e tesoureiro, dr. Waldemar Cardoso, todos de São Paulo. E mais os drs.: Adelheid Koch, Darcy Mendonça Uchoa, Flavio Rodrigues Dias, Henrique Schlomann, Ligia Alcantara Amaral, de São Paulo; Decio S. Souza, Edgard de Almeida, Fabio Leite Lobo, Luis Guimarães Dahlheim, Mario Pacheco de A. Prado, Noemy da Silveira Rudolfer e Werner Kemper, do Rio de Janeiro e Mario Martins, de Porto Alegre.

● A nova Diretoria da **Sociedade Brasileira de Urologia**, para o ano de 1959, está assim constituída: Presidente, Alvaro Cumpido de Sant'Anna; Vice-Presidente, Volta B. Franco; Secretário-Geral, Luiz Samis; 1.º Secretário, Spinoso Thier; 2.º Secretário, Waldemar Bojunga; Tesoureiro, Bernardo M. Garcez; e Bibliotecário, M. Fisch.

● O Conselho Nacional de Estatística participou dos trabalhos do Simpósio de Documentação levado a cabo, em setembro de 1958, em São

Paulo, com a presença de técnicos de várias partes do país. Dois especialistas do Conselho, Sras. Maria Emilia de Melo e Cunha e Maria Aparecida Gomes de Moura, estiveram presentes à reunião e tomaram parte nos debates travados, havendo sido apresentada ao Simpósio uma comunicação especial intitulada "**A Diretoria de Documentação e Divulgação da Secretaria do Conselho Nacional de Estatística como Centro de Documentação Especializada**".

● Estêve em vista ao Brasil, procedente de Buenos Aires, onde fôra tomar parte na 6.ª Reunião do COINS, o **Dr. Calvert L. Dedrick**, chefe do Departamento de Programas Estatísticos Internacionais do Bureau do Censo dos Estados Unidos. A sua permanência entre nós, como hóspede do I.B.G.E., foi altamente proveitosa, por se tratar de um técnico de reconhecida competência. A missão do Dr. Dedrick no Brasil teve como principal objetivo a manutenção de entendimentos com representantes do I.B.G.E., na qualidade de Presidente da Sub-comissão para Censos, da Comissão para o Aperfeiçoamento das Estatísticas Educacionais (COINS).

● Realizou-se a 18 de dezembro, na sede do **Departamento Estadual de Estatística de São Paulo**, em solenidade presidida pela Diretora Federal, Sra. Ce'este A. de Sousa Andrade, a entrega de certificados aos concluintes do Curso de Classificação e Estatística Internacional de Doenças, Traumatismo e Causas de Morte, ministrado pelo médico sanitário Emilio Salum, da Secretaria da Saúde daquela Unidade da Federação. O curso teve a duração de dois períodos, iniciando-se a 7 de março de 1957 e encerrando-se a 19 de setembro de 1958.

## II CONGRESSO PSICANALITICO LATINO-AMERICANO

Aspecto da assistência. Entre outros personagens na 1.ª fila os profs. Zeferino Vaz e Antonio Rubbo Muller.



## ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO

Temos a grata satisfação de comunicar que foi fundada, no dia 10 de julho de 1958, a Associação de Hospitais do Rio de Janeiro. Essa nova agremiação tem por objetivo congregar os estudiosos de organização e administração de hospitais da capital do País para, juntos, trabalharem pelo aperfeiçoamento dos métodos de assistência aos doentes.

A novel instituição poderá contar com a colaboração do I.P.H..

Efetuuou-se em 3 de agosto a eleição para a sua primeira diretoria. Votaram 43 sócios fundadores, tendo os trabalhos obedecido à orientação dos drs. Oscar Macedo Soares, Dirceu Eulálio e Gastão Lobão. Houve 1 voto em branco, e o resultado final deu a vitória à chapa encabeçada pelo dr. Geraldo Rosa e Silva. Assim a primeira diretoria da A.H.R.J. ficou assim constituída: presidente, dr. Geraldo Rosa e Silva; 1.º vice, Humberto Ballariny; 2.º, Waldemar Lages; secretário-geral, Eli Baía de Almeida; 1.º secret., Oberdan Revel Perrone; 2.º, Nelson Rodrigues; tesoureiro, Mário Franca; Conselho Fiscal: Raimundo de Brito, Maurício Godinho e Dirceu Eulálio.

## I REUNIÃO BRAS. DE GENÉTICA

Promovida pelo Laboratório de Genética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Paraná, e sob o alto patrocínio do Magnífico Reitor Flávio Supliy de Lacerda, realizou-se em Curitiba, de 1.º a 15 de novembro de 1958, a I Reunião Brasileira de Genética Humana. Simultaneamente, a Sociedade Brasileira de Genética fez realizar, no mesmo local, a IV Semana Brasileira de Genética.

Além das sessões ordinárias foram programados vários simpósios, entre os quais destacamos: "Efeitos biológicos das radiações", "Importância da Genética na prática médica", "Genética e seleção natural", "Grupos sanguíneos", "O problema dos casamentos consanguíneos no Brasil", etc.

## CONSULTORIA TÉCNICA DO MINISTRO DA SAÚDE

O Ministro da Saúde instituiu recentemente, por portaria, a Consultoria Técnica de seu gabinete. Esta Consultoria tem as seguintes atribuições: Assuntos relacionados com o ensino médico-sanitário (Escola Nacional de Saúde Pública), a cargo do Dr. Aquiles Scorzelli; com o Departamento Nacional da Criança, Dr. Adelmo de Mendonça; Serviço Especial de Saúde Pública, Dr. Bichat Rodrigues; Departamento Nacional de Saúde, Dr. Lúcio de Vasconcelos Costa; Departamento Nacional de Endemias Rurais, Dr. Olímpio da Silva Pinto; e Instituto Oswaldo Cruz, Dr. Joaquim Travassos.

● A nova Diretoria da **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia** está assim constituída: Presidente, Dr. José Sales Coutinho; Vice-Presidente, Dr. Maurício Teichholz; 1.º Secretário, Dr. J. Procópio do Vale; 2.º Secretário, Dr. Adriano Cruz Ferreira; e Tesoureiro, Doutor João Gabriel H. Cordeiro.

● Foram recentemente iniciadas em **Brasília** as obras de construção do **primeiro hospital** previsto pelo Plano e que será inaugurado em Março de 1960. Na oportunidade os encarregados da realização do programa de saúde da nova capital estiveram no Rio no gabinete do Ministro da Saúde, a quem informaram do fato.

## II. JORNADA HOSPITALAR ALEMÃ

O Segundo Congresso Hospitalar Alemão terá lugar de 18 a 22 de maio de 1960, em conjunção com a Exposição "Teu Hospital".

Dado que o mercado hospitalar alemão absorve anualmente uma produção de 12.000.000.000 DM, os fabricantes se colocaram à altura para atender, em quantidade e qualidade, a pedidos desta ordem. Na Primeira Jornada, em Colonia 1958, apresentaram equipamento mais de 400 expositores. A Jornada ora anunciada se realizará em Stuttgart, Alemanha-Occidental.

Informações sobre a exposição: Stuttgarter Ausstellungs GmbH Killenberg — Stuttgart — Alemanha.

Informações sobre a Jornada: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf — Alemanha.

## AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION

Nossos parabéns à American Hospital Association que mundou para prédio próprio:

Headquarters Building  
840 North Lake Shore Drive  
Chicago 11, Illinois

Estêve no Rio, na segunda quinzena de julho, o sr. Adolfo Morales, vice-presidente do Instituto Interamericano de Estatística e diretor do Departamento de Estatística do Instituto Interamericano da Criança, este último com sede em Montevideu.

Durante a sua permanência no Rio o sr. Adolfo Morales entrou em contacto com autoridades brasileiras tratando de assuntos referentes aos Simpósios de Nutrição realizados em fevereiro de 1959 no Paraguai e no Peru e ao XI Congresso Pan-Americano da Criança, a reunir-se em Bogotá, Colômbia, em novembro de 1959.

## ACADEMIA AMERICANA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

A Universidade de Boston foi escolhida como sede do primeiro curso dessa Academia, sobre "Bases da Administração Hospitalar", e que se iniciou em 11-II-1958. O primeiro presidente da Academia é o sr. Hugh C. McEwan, Chefe da Divisão de Administração Médica, Veterans Administration Hospital em Brackton, Mass. Além de patrocinar cursos em universidades das diversas regiões dos EUA. é objetivo da Academia encorajar uma atitude científica na prática da administração médica, constituir um centro de intercomunicações, estabelecer critérios de competência dos administradores médicos e favorecer os merecedores com bolsas de estudo.

## UNIDADE GERIÁTRICA

A fundação Adullam construiu em Basilea, Suíça, um edifício para velhos,ãos ou doentes. Cada andar fica aos cuidados de uma enfermeira e tem uma ala hospitalar com 12 leitos e outra ala para velhos válidos com 18 leitos. Esta disposição permite p. ex. que um casal não seja separado quando marido ou mulher adoecer.

## HOSPITAL DE BENRATH, DÜSSELDORF, ALEMANHA

Este novo e moderno hospital de 400 leitos, que inclui uma residência para 106 enfermeiras, está orçado em 17 milhões de marcos; espera-se que suas obras se concluem em 1960. A cidade de Düsseldorf planeja, ainda, uma lavanderia central que virá servir todos seus hospitais municipais. Próximamente publicaremos sua planta.

## WELWYN-HATFIELD NEW HOSPITAL

Este hospital será o primeiro, completamente novo, construído na Inglaterra desde o fim da guerra. O projeto é do arquiteto C. D. Andrews e pretende-se inaugurá-lo em fim de 1961. Tem forma de T. A barra horizontal encerra as enfermarias, o traço vertical os serviços auxiliares, dispostos de tal forma que possam ser utilizados, sem estabelecer circulação cruzada, tanto pelos doentes internados como pelos pacientes ambulatorios: O ambulatório se encontra junto à base do traço vertical. O hospital terá 330 leitos, com possibilidade para ampliação até 500 leitos.

## GUY'S HOSPITAL, LONDON

Este hospital, fundado em 1724, será completamente reconstruído. O bloco cirúrgico terá 11 andares e 378 leitos e compreenderá departamento de radioterapia e um centro de material que servirá o hospital inteiro de material esterilizado, com exceção apenas dos instrumentos cirúrgicos que serão mantidos no andar do centro cirúrgico; disporá para tanto de montacargas separados para material esteril e material servido. Este centro será a primeira unidade completa deste tipo em hospital inglês.

## INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS EM COMPANHIA DA MÃE

No departamento pediátrico do hospital geral de Tuzla, Iugoslavia, ha lugar para 130 crianças e 40 mães que queiram acompanhar seus filhos. O chefe do departamento, Dr. Micic, está muito satisfeito com a inovação. Aduz que ha grande economia de enfermeiras, que a criança se adapta rapidamente ao hospital e que ha possibilidade de dar educação sanitária à mãe, enquanto internada.

O Prof. Zeferino Vaz, Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, foi convidado para relator do II Congresso Mundial de Educação Médica, a realizar-se em Chicago, Estados Unidos, em setembro de 1959. Os temas principais do Congresso são: "Técnicas de seleção de candidatos aos cursos médicos" e "Curso médico de base, em presença das novas conquistas das ciências médicas".

## CONGRESSO DE ABREUGRAFIA

Teve lugar em Estocolmo, de 20 a 23 de agosto de 1958 o III Congresso Internacional de Abreugrafia Médica, sob a presidência do dr. Carl Wegelius.

## XIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE OCUPACIONAL

Médicos, enfermeiros e higienistas industriais, representantes de mais de quarenta países comparecerão ao XIII Congresso Internacional de Saúde Ocupacional, que se realizará de 25 a 29 de julho de 1960, em Nova Iorque, nos Estados Unidos.

Nesse congresso serão discutidos os seguintes tópicos referentes à saúde ocupacional: métodos administrativos, práticas médicas e cirúrgicas, educação e treinamento, aspectos legais e sociais, fisiologia e psicologia do trabalho, fatores ambientais de saúde, higiene dos locais de trabalho e riscos específicos de certas indústrias.

Os interessados em participar do congresso deverão escrever pedindo informações ao dr. Roberto E. Eckardt, Secretário Geral, P. O. Box 51, Linden, New Jersey, USA.

As pessoas que desejarem apresentar trabalhos sobre quaisquer dos assuntos acima enumerados deverão solicitar informações imediatamente, dirigindo-se ao dr. Irving R. Taberhaw, diretor da Comissão do Programa Científico. Congresso Internacional de Saúde Ocupacional, 375, Park Avenue, New York, USA.

## WINNIPEG CHILDREN'S HOSPITAL

Este hospital pediátrico de 250 leitos recebe não somente crianças portadoras de moléstias agudas, mas também portadoras de paralisia cerebral, poliomielite, alergia, retardamento mental ou desajustamento emocional. Tem seções de saúde mental, fisioterapia, cirurgia e outras. Duas salas com umidade elevada servem aos casos de infecções respiratórias severas, tornando desnecessário o uso de tendas e facilitando a enfermagem. Seu custo foi de 9.900 dolares por leito.

O X Congresso Internacional de Genética teve lugar na Mc Gill University, em Montreal, Canadá, de 20 a 27 de agosto de 1958.

O programa compreendeu simpósios, demonstrações, relatórios resumidos, outras reuniões e uma exibição especial sobre "A genética ao serviço do homem".

## CONFERÊNCIAS SOBRE ESTERILIZAÇÃO

Sob patrocínio da firma Becton, Dickinson & Co. estão organizadas, no Seton Hall College of Medicine, Jersey City, E.U.A., conferências sobre as técnicas de esterilização de instrumental médico e cirúrgico. Foram iniciadas em 16 de outubro de 1958 perante uma audiência de mais de 800 interessados, com uma dissertação do prof. L. P. Garrod, editor do British Journal of Experimental Pathology, sobre técnicas presentemente em uso na Grã-Bretanha. Seguem-se conferências sobre esterilização a vapor, por gases, desinfecção química.

## VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA TROPICAL E MALÁRIA

De 5 a 13 de setembro de 1958, em Lisboa, Portugal. O secretário-geral foi o Prof. Fraga de Azevedo, Instituto de Medicina Tropical, Lisboa. Foi atendido por numerosa delegação brasileira.

● Inaugurou-se, recentemente em Lisboa o **Museu de Angiografia Cerebral**, do qual fazem parte curiosidades ligadas à descoberta da angiografia e à vida de seu autor, prof. Egas Moniz. A instalação deste Museu se deve à Fundação Calouste Gulbenkian, que financiou inteiramente esta realização.

● A Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa comemorou há pouco o **centenário de Fialho de Almeida**, durante uma sessão solene presidida pelo Ministro da Educação. Usou da palavra o prof. Aires de Sousa, Presidente da Sociedade, que evocou a memória de Fialho de Almeida, grande escritor e médico formado pela antiga Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa.

● Faleceu recentemente na Alemanha o Prof. Wilhelm von Brehmer, conhecido pesquisador e antigo diretor do Laboratório de Anatomia do Instituto Governamental de Biologia de Berlim (Dahlem) e descobridor do Siphonopora polimorpha v. Brehmer, hipotético causador de cancer.

## III CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE SEGURO SOCIAL

Celebrou-se em Quito, Equador, de 21 a 30 de novembro de 1958, sob os auspícios da Organização Iberoamericana de Seguro Social (OISS), cuja sede se acha em Madrid.

## O ARQ. D. A. GOLDFINCH

Foi eleito recentemente Presidente do Conselho da Royal Society of Health, Londres. Há 30 anos é o primeiro arquiteto a ascender a este posto. É ele também presidente do comitê de saúde pública da União Internacional de Arquitetos e membro da Comissão de Estudo e Pesquisa da Federação Internacional de Hospitais.

## CONFERÊNCIAS SOBRE PROBLEMAS DO MÉDICO, EM PORTUGAL

Realizou-se recentemente em Lisboa um notável ciclo de conferências sobre os problemas da Medicina em Portugal, que despertou muito interesse. Este ciclo se iniciou com algumas palavras do prof. Jorge Horta, Diretor da Faculdade de Medicina, tendo-se seguido o prof. Miller Guerra, que tratou de "A Socialização dos Serviços Médicos". As conferências efetuadas em dias seguintes estiveram a cargo do dr. Antônio Galhordas — "O acesso do recém-formado à vida prática"; prof. Cândido de Oliveira — "Problemas da preparação para a investigação científica"; e dr. Mendonça e Moura — "O direito à saúde e a organização social da Medicina".

## I CONFERÊNCIA DE FACULDADES LATINO-AMERICANAS DE MEDICINA

Sob os auspícios da Universidade Nacional de Medicina da Universidade Autônoma do México e da União de Universidades da América Latina, reuniu-se a I Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, de 8 a 15 de setembro próximo passado na Cidade Universitária do México.

## III CONGRESSO INTERNACIONAL DE FOTOFUOROGRAFIA

Realizou-se de 20 a 23 de agosto p.p. em Estocolmo, sob a presidência honorária dos profs. Manoel de Abreu, Maurice Bariéty, R. Janker e Antonio Maisani e presidência efetiva do prof. Carl Wegelius.

## O BRASIL NO III CONGRESSO MUNDIAL DE CARDIOLOGIA

O ministro da Saúde, dr. Mário Pinotti, designou, em portaria, o dr. Eugênio da Silva Carmo, cardiologista, para representar oficialmente o nosso país no III Congresso Mundial de Cardiologia.

## O PROF. ARNALDO DE MORAES NA ALEMANHA

Após participar do III Congresso Latino-americano de Ginecologia e Obstetrícia, no México, do qual foi eleito presidente honorário e no II Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, no Canadá, regressou, a bordo do "Conte Biancamano", o prof. Arnaldo de Moraes, diretor da Faculdade Nacional de Medicina. Visitou também as clínicas e universidades de Nova Iorque e Washington, como vários países europeus, entre os quais a Alemanha em missão oficial, para estudar os equipamentos destinados ao Hospital de Clínicas da Faculdade Nacional de Medicina.

Designado pelo Reitor da Universidade do Brasil, para estudar os equipamentos destinados ao Hospital de Clínicas da Faculdade Nacional de Medicina, de que é diretor, o prof. Arnaldo de Moraes visitou na Alemanha as cidades de Colônia, Bonn e Mainz, sendo em Hamburgo recebido pelo prof. G. Schubert, catedrático da Clínica Ginecológica e Obstétrica dessa Universidade, que o homenageou com um banquete e convidou-o a proferir uma conferência. Dissertou o prof. Arnaldo de Moraes sobre "Dispensário preventivo do câncer ginecológico", expondo sua experiência em cerca de 10.000 casos examinados. O prof. Schubert teve palavras de elogio para o conferencista.

## 18.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGIA

Segunda comunicação da Comissão de Prevenção da Cegueira no Brasil, da Associação Pan-Americana de Oftalmologia, a delegação representativa da referida entidade, ao 18.º Congresso Internacional de Oftalmologia, realizada em Bruxelas, de 8 a 12 de setembro de 1958, ficou assim constituída: Rio de Janeiro: drs. Joaquim Vidal Leite Ribeiro, Natalício Lopes de Farias, Joviano Rezendo, Carlosalberto Corrêa, Jonas Rezende, Carlosalberto Corrêa, Jonas Arruda, Orlando Rebelo e Luiz Eurico Ferreira. São Paulo: drs. Moacyr E. Alvaro e Cyro de Rezende. Minas Gerais: drs. Hilton Rocha e Geraldo Queiroga.

## III CONGRESSO INTERNACIONAL DE ALERGIA

Em Paris, de 19 a 26 de outubro de 1958, organizado pela Sociedade Francesa de Alergia e patrocinado pela "International Association of Allergy". A comissão organizadora do congresso distinguiu os seguintes médicos brasileiros: F. J. da Silveira Lobo Jr., para participar da Comissão de Programa Regional; A. Oliveira Lima, para relator de um dos temas do congresso; Paulo Dias da Costa, para a Comissão de Estatutos da I.A.A. e presidente de uma das sessões do congresso. O conclave foi realizado na Faculdade de Medicina de Paris, sob a presidência do dr. Samuel

Feinberg. Na oportunidade, tomou posse da presidência o dr. Bernard Halpern, primeiro pesquisador a utilizar um anti-histamínico de síntese em doentes alérgicos. O prof. Pasteur Vallery Radot é o presidente de honra do III Congresso Internacional de Alergia, ao qual, compareceram 2.500 alergistas, de 37 países. Recentemente os organizadores do conclave voltaram a distinguir o Brasil, convidando o prof. M. Rocha e Silva para presidir o Simpósio sobre a Bioquímica da Alergia, juntamente com sir Henry Dale, Prêmio Nobel de Medicina. Este simpósio é um dos mais importantes do Congresso. O prof. Rocha e Silva, catedrático de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, publicou mais de 130 trabalhos de pesquisas biológicas.

● Foi realizado em Buenos Aires, a começar de 24 de setembro e com a duração de uma semana, o **I Congresso Latino-Americano de Psicoterapia de Grupo**, patrocinado pela Associação Argentina de Psicologia e Psicoterapia de Grupo. Ao conclave estão inscritos representantes do Chile, Uruguai, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba assim como de outros países da América Latina.

## V CONGRESSO INTERNACIONAL DE DOENÇAS DO TÓRAX

Realizou-se em Tóquio, Japão, de 7 a 11 de setembro de 1958, o V Congresso Internacional de Doenças do Tórax, organizado pelo Capítulo do Japão do American College of Chest Physicians, que patrocina a reunião.

## II CONGRESSO MUNDIAL DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CARDIOLOGIA

De 14 a 21 de setembro de 1958, em Bruxelas, sob a presidência do prof. Riplant. Todas as sociedades filiadas apresentaram relatórios sobre os grandes problemas nas respectivos países. A Sociedade Internacional de Cardiologia é presidida pelo dr. Paul D. White, de Boston.

● Realizou-se em Roma, Itália, de 7 a 13 de setembro de 1958, o **VII Congresso da Sociedade Internacional de Hematologia**, sob a presidência do Prof. G. di Guglielmo, na Esposizione Universale di Roma (E.U.R.), Viale Cristoforo Colombo, Palazzo dei Congressi.

Os temas principais deste Congresso foram os seguintes: Imunohematologia; Síndromes hemorrágicas; Leucemia; Anemia; Isótopos radioativos.

## CONGRESSO MÉDICO EM BERLIM

A 28 de maio de 1958 iniciou-se o Congresso Médico da Alemanha Ocidental. O relatório do Dr. Heberer, de Marburgo, sobre a instituição de bancos de artérias e substituição de artérias lesadas por artérias estranhas atraiu muito interesse.

## PHILIPS INTERNATIONAL INSTITUTE

O Philips International Institute está concedendo bolsas de estudo, para período de um ano no máximo, destinadas a técnicos e cientistas que se queiram aperfeiçoar na Holanda em aspectos de telecomunicações e eletrônica. Recebemos o primeiro relatório anual do Instituto, de outubro de 1957 a setembro de 1958, durante o qual foram atendidos 14 bolsistas.

# MACAS E SEUS SUPORTES

Projeto de Recomendação ISO

— Organização Internacional de Normas

— Comitê Técnico 75

## CAMPO DE APLICAÇÃO E OBJETIVO

O presente projeto fixa as dimensões principais das macas e dos suportes de macas, para assegurar que possam ser intercambiados durante o transporte e facilitar assim a passagem de pessoas doentes ou feridas de um país a outro ou de um meio de transporte para outro, suprimindo a necessidade de transferir o paciente de uma maca a outra e porconsequente a eventualidade de sofrimento suplementar e de atrasos.

## COMPRIMENTO DA MACA

O comprimento de fora a fora das macas deve ser de 2284 a 2290 mm.

N. B. O comprimento da tela não é fixado, pois a intercambiabilidade das macas e seus suportes não depende desta dimensão. Propõe-se que seja de 1800 mínimo a 1880 mm máximo.

## LARGURA DA MACA

Não deve ser superior a 585 mm.

## ESCORREGADORES E RODAS

Os escorregadores ou as rodas devem obedecer às seguintes dimensões nominais (ver figura 1):

Largura entre os centros dos escorregadores: 534 a 540 mm.

Largura do escorregador: de 20 mm no mínimo a 32 mm no máximo.

Altura da base dos escorregadores à face superior da maca: recomendada 152 mm, mínima 135 mm, máxima 175 mm.

Comprimento entre o centro dos escorregadores: 1519 a 1525 mm.

## SUPORTES DE MACAS

Quando os suportes de macas são constituídos por 2 escorregadeiras em U (figura 1 = Trilhos), devem elas apresentar uma largura interna de 70 mm no mínimo e uma altura externa de 32 mm no máximo.

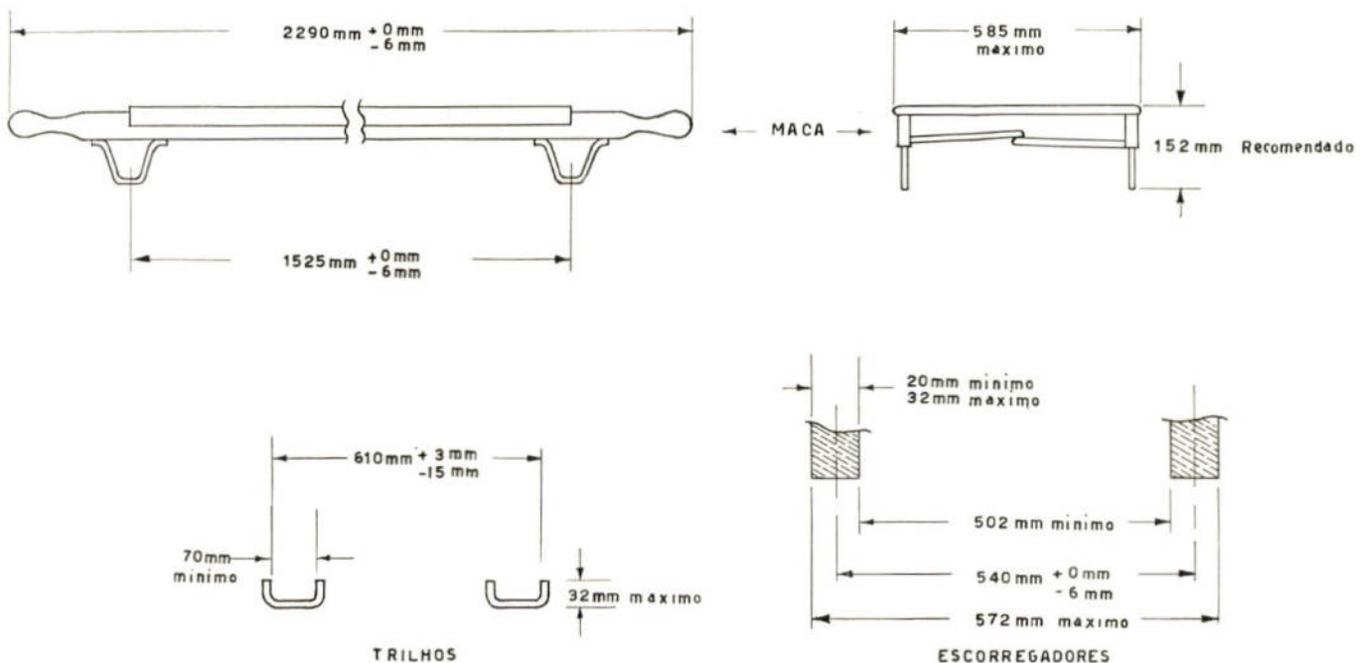


Figura 1 — Macas e suportes para macas

Devem ser fixadas paralelamente de modo que a distância entre as faces internas dos rebordos exteriores verticais seja de 595 a 613 mm.

Os suportes devem ter um comprimento mínimo de 1675 mm e sempre suficiente para receber a maca carregada sem risco que escorregadores ou rodas saiam dos trilhos (escorregadeiras).

Para outros tipos de suportes as dimensões acima devem ser empregadas sempre que aplicáveis.

### CARRINHOS HOSPITALARES PARA MACAS

A maca deve ser sustentada sobre o carrinho por consoles angulados fixados aos montantes (figura 2).

Comprimento entre o centro dos consoles: 1220 mm.

Largura entre as faces internas dos rebordos verticais dos consoles: 607 a 613 mm.

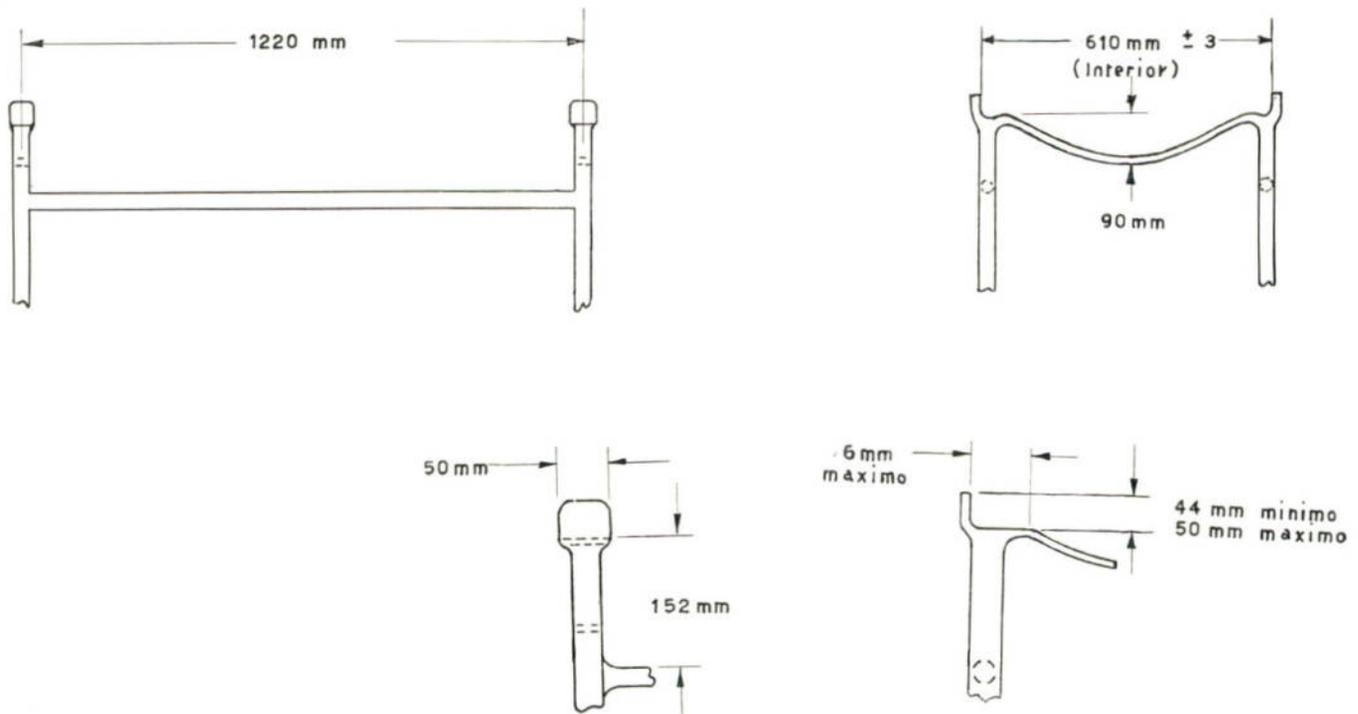
Dimensões dos consoles: Devem obedecer ao especificado na figura 2. A distância das faces superiores das travessas longitudinais do carrinho às faces horizontais dos consoles deve ser pelo menos de 152 mm (ver figura 2).

As travessas transversais entre os consoles devem ser encurvadas para baixo e em sentido vertical, seu centro deve distar 90 mm da face horizontal dos consoles (ver figura 2).

### FIXAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE

Devem ser usados dispositivos que assegurem uma imobilização satisfatória da maca em seus suportes.

Figura 2 — Suportes de maca em carrinho hospitalar



CONSULTE O IPH PARA A SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS HOSPITALARES

## Progressos da Medicina e Organização Médico-Hospitalar na Suécia -- I.

### 1) O FENÔMENO SUÉCIA.

Fatores diversos tornaram a Suécia país impar quanto à organização sócio-político-econômica. De um modo geral consideram-se os fatores geo-clínicos, etnológicos e históricos como determinantes do desenvolvimento peculiar do país. Considerada apenas a latitude seria de esperar-se que a Suécia fosse terra gelada onde alguns esquimós resistissem ao frio mortal. Lá mesmo, no extremo norte, nas cercanias do polo, onde a temperatura invernal atinge por vezes 40º centígrados abaixo de zero, subsiste uma raça estranha, cerca de 3.000 lapões, tão primitivos nos costumes quanto os esquimós da Gronlândia. Entretanto, nas regiões sub-setentrionais e, principalmente, nos plainos do sul onde se estende a planície da Escandia, outra raça forte e guerreira, os Wikings, após lutas infindas pela conquista das terras menos frígidas da Europa, conseguiram adaptar-se, vencerem o frio e, por fim, desenvolveram a civilização técnico-industrial que hoje coloca seu país num plano de organização excepcional, certamente o mais adiantado do mundo.

A luta contínua contra o inverno fez com que esta raça forte e lendária procurasse fixar-se na Germânia, nas Ilhas Britânicas, na Normandia e as histórias guerreiras dos tempos primitivos e medievais contam-nos suas façanhas. Invadiram a Grã-Bretanha e, hoje, os escoceses têm a mesma origem que os suecos e as raízes da língua inglesa aprofundam-se no idioma Wiking, do mesmo modo que a língua sueca. Ademais, conta-se que o Imperador Carlos Magno conseguiu subjugar todos os povos infieis que cercavam o seu vasto império, menos os Wikings.

Nos fins do século passado, a Suécia era ainda qualquer coisa como pequeno aglomerado de camponeses, metidos em casas inverno, vê-se, naquele mundo branco de gelo e de névoa as silhuetas dos barcos de pesca, com o mesmo aspeto dos barcos primitivos do povo heróico que resistiu ao frio, aos lobos e aos ursos. Os suecos ainda conservam muitos dos seus costumes tradicionais.

Nos fins do século passado, a Suécia era ainda qualquer coisa como o pequeno aglomerado de camponeses, metidos em casas de madeira, aquecidas com carvão, comendo peixe, cobrindo-se com peles e lã. Eles, os remanescentes dos gloriosos Wikings, assim viviam, desde a Idade Média, unidos contra o dantesco inverno, arrancando do magro solo nos curtos meses de verão suas beterrabas e batatas, guiados por um rei, antes camponês como eles, descendente sagrado do heróico Gustavo Vasa, depois, desde 1810, um rei vindo dos bastidores de Paris, descendente de Bernadotte, o general napoleônico. Estes camponeses formavam comunidade homogênea, cultivavam pequenas nesgas de terra, mantinham algumas vacas em estábulos aquecidos, cuidavam dos seus afazeres com presteza, antes que o frio glacial viesse e os aprisionasse nas casas por 6 meses. Estocolmo era cidade perdida, escondida num arquipélago, inatingível por trás da suas vinte e cinco mil ilhas. Lá, na sua posição estratégica, em ilhas mediterrâneas, ainda vê-se o seu casario velho de há 50 anos, contornando o palácio real, pontilhado por tôrres de igrejas, ostentando bizarra arquitetura.

Os suecos assim viveram até recentemente, esquecidos do mundo, em comunidade agrícola e pescadora, desenvolvendo artesanato doméstico, simples e puros, com um socialismo oriundo da sua pobreza, pouco se incomodando em que algumas rendas viessem

de Paris para adornar suas rainhas e princesas. Não tinham conhecido o feudalismo, o rei sentava em cadeiras de pau com assentos de couro cru e comia com o povo, ninguém podia ficar ao relento porque morreria e a previdência, o espírito de economia e sobriedade eram apanágio de todos, que se ajudavam e resolviam suas querelas amigavelmente.

Uma única vez levantaram-se verdadeiramente em guerra. Foi quando, por ocasião da guerra dos 30 anos o império austríaco dos Habsburgos quiz catolizar a Saxônia do Norte e a Escandinávia. Então o rei Gustavo Adolfo tornou-se o chefe dos protestantes em batalha, não deu trégua aos inimigos. Naquele momento os suecos recordaram os Wikings e tornaram-se gigantes como os Macedônios.

Conservando sua independência religiosa e política, voltaram eles à serenidade. O país houve tempo em que se expandia contornando o Mar Báltico, e beirando o Atlântico; Finlândia, Noruega nêle se integravam. Mas aquilo tudo eram terras geladas e esquecidas onde alguns camponeses ainda queimavam lenha e comiam peixe.

Como explicar, então, êste surto extraordinário de progresso que em pouco mais de meio século, levou o milhão e meio de suecos a se transformarem nos 7.000.000 de hoje, com a civilização mais adiantada do mundo?

Temos a considerar as seguintes causas:

- 1) Posição estratégica e conseqüente manutenção da paz.
- 2) Proximidade da Alemanha.
- 3) Grandes guerras mundiais.
- 4) Características etnológicas do seu povo.
- 5) Regímem político e social.

Analisemos estas causas: a posição estratégica da Suécia, enclausurada no Mar Báltico, foi fator decisivo na manutenção da paz duradoura, como nenhum outro país desfrutou até hoje. Tendo, do lado da Rússia, o estado-tampão que é a Finlândia, barrando até então tôdas as tentativas daquele país para o domínio do Báltico; na borda do Atlântico, por trás dos altíssimos montes Escandinavos, o estado-tampão que é a Noruega, presa que foi na última guerra de interêsses estratégicos como base militar e aérea. Tendo no sul, a Polônia que a Alemanha e a Rússia dividem cada vez que brigam e a própria Alemanha, interessada em manter a neutralidade sueca para garantir sua retaguarda, os suecos há 182 anos estão em paz. Desde os tempos napoleônicos estão em paz!

A proximidade da Alemanha foi fator importante no desenvolvimento da Suécia. Esta tem sido como que um segundo front interno germânico, cobrindo necessidades guerreiras durante as grandes conflagrações mundiais. A indústria, a organização e os métodos de produção germânicos expandiram-se no país da retaguarda e, pode-se dizer, a Suécia do século 20 tem sido não mais que uma expansão da Alemanha. Contudo, enquanto a Alemanha teve suas terras devastadas, suas cidades semi-destruídas, suas indústrias desmanteladas, a Suécia continuou no seu ritmo de aperfeiçoamento.

O povo escandinavo possui o espírito objetivo e prático, aliado à perseverança proverbial. Introspectivos, calmos, calados, tristes, os suecos aprofundam as idéias e os métodos até a minúcia. Não perdem tempo com divagações poéticas, não derivam em coisas

(\*) Da Equipe do Instituto de Cardiologia "Sabbado D'Angelo".

imaginosa; vão diretos ao ponto visado, analisando cuidadosamente os obstáculos, verificando as melhores soluções, experimentando com meticulosidade e, acima de tudo, com muita honestidade.

Conhecimentos e coisas técnicas, mecânica e física, cálculos matemáticos, dados objetivos, números e estatísticas, constituem o terreno mais propício para o desenvolvimento do espírito da gente.

Cada homem é um mecânico prático, cada operário logo desmonta e torna a montar a máquina com que trabalha. Os suecos persistem, tornam a fazer, repetem, pensam e acertam. Um sueco passa os 6 meses de inverno pensando como resolver o problema da máquina. Ele nada diz do que pensa, ele pergunta, discute suas dúvidas, experimenta e faz da solução do problema o jôgo de sua vida, a meta cuja realização será o porque da sua felicidade. Tudo é pensado exaustivamente. Se se procura analisar até que ponto desenvolveram qualquer problema vê-se que atingiram níveis que só a perseverança alcança. Tudo foi pesado, tôdas as possibilidades de solução do problema foram tentadas e, a vitória final, que nos parece um ovo de Colombo, resultou de esforço admirável.

As idéias brotam da observação, elas são consequência da pesquisa e não antecipação para a experiência. A teoria é consequência da prática e não o reverso. Contemplando-os, parados, cismadores, tem-se a impressão que são curtos de pensamento, mas, na verdade a elaboração de suas idéias e realidades lembram a história da lebre e da tartaruga: — eles vão mais longe e, caminhando devagar, chegam antes.

O regime socialista, que tanto influiu no progresso da Suécia, não foi imposto por concepções ideológicas ou derivado de imposições políticas. Não foi êle consequência de uma mística para resolver problemas sociais, mas o resultado da própria evolução histórica e econômica do país.

Unidos, irmanados na luta contra a natureza madrastra, oriundos de um regimen patriarcal-tribal, não tendo sofrido as influências das revoluções sociais européias, não tendo desenvolvido nem o feudalismo nem o absolutismo monárquico, o povo de camponeses e pescadores apenas trocou seus instrumentos rústicos por máquinas e deixou de aquecer suas casas com lenha passando a usar a eletricidade.

O socialismo sueco, não se baseando numa mística, não precisou de uma "gestapo". O povo permaneceu unido e procurou dividir os frutos do trabalho em comum, afim de que todos tivessem um padrão médio de vida aceitável e compatível com as exigências do clima.

E, como conceber um mendigo ao relento a 20 graus centígrados abaixo de 0? A miséria não subsistiria ao frio. O frio foi o grande remédio contra esta doença que Bernard Shaw julgou pior que a lepra, pior que a tuberculose.

## 2) O PAÍS, SUAS RIQUEZAS, A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

A Suécia é um país com 400.000 quilômetros quadrados e 7.000.000 de habitantes. É mais ou menos duas vezes maior que o Estado de São Paulo e sua população duas vezes maior que a da cidade de São Paulo.

Entretanto, só os dois terços inferiores representam terra realmente útil para o desenvolvimento da civilização. O extremo norte perde-se nos gelos polares. O resto do país é um rochedo granítico onde na pissarra arenosa e argilítica resultantes da erosão medram os pinheiros. Um lençol de pinheiros, verde no verão, esquelético e amortalhado de neve durante a noite invernal, cobre o país, exceto nos plainos do sul, na planície da Scandia. Nesta planície, onde se acumularam materiais erosivos e aluviônicos, principalmente calcários, os Suecos praticam sua agricultura.

À leste, entre a Suécia e a Noruega, correm os montes Escandi-

navos, com altitude média de 1.000 metros. Destas montanhas, descem "plateaus" (os lapões) como se fossem batentes, gradualmente, para o mar Báltico. Cerca de 45% da superfície do país está coberta de lagos. Nos lapões do norte, os pequenos lagos escoam-se uns nos outros, formando infinidade de quedas que resvalando nos batentes ganham o Mar Báltico.

Três são as fontes de riqueza do país: 1) as numerosas pequenas quedas d'água para a obtenção de energia elétrica, 2) as vastas florestas de pinho que cobrem cerca de 45% da área do país, 3) os minerais, principalmente o ferro e o cobre.

A energia elétrica é barata e farta provindo o funcionamento de tôda a indústria e de 80% dos transportes ferroviários, reduzindo ao mínimo a dispersão de divisas com a importação do petróleo. A indústria da eletricidade, tôdas nas mãos do govêrno, tornou-se possível graças à grande produção de aço e cobre, metais nela usados por excelência. Todo o material ferroviário é fabricado no país bem como todo o aparelhamento do imenso parque da Eletricidade.

A Suécia é o maior exportador de Celulose do Mundo e o segundo, logo após a Finlândia, na produção de papel. As imensas florestas de pinho, graças a um sistema rígido de replantio e conservação, mantêm-se sempre com o mesmo potencial de produção. A condução da madeira para os pôrtos, onde é industrializada e exportada é facilitada pelas numerosas vias aquáticas que rendilham o país na direção do Mar Báltico.

No leste, existe a maior mina de cobre do mundo e o aço, mundialmente afamado, é manufacturado e industrializado no fabrico de tôda a espécie de maquinário para o consumo interno e para uma larga margem de exportação.

A navegação mercante tem papel importante na economia do país e baratiza de muito o transporte para o exterior e, portanto, o preço dos produtos exportados. O país de 7.000.000 de habitantes é o 5.º do Mundo em frota mercante, com cerca de 2.120 toneladas brutas.

Entretanto, embora país pacífico, sua frota aérea de guerra conta com cerca de 600 aviões a jacto, afora os movidos a motor. Sua marinha de guerra, seu exército são proporcionalmente consideráveis. A frota aérea mercante possui, entre outras, a notavel Companhia S.A.S. com rotas por todo o mundo.

A agricultura é feita por assim dizer na planície da Escandia. Embora com terreno calcáreo pouco propício, o país produz 30% de todos os gêneros alimentícios, sendo os produtos básicos (trigo, carnes, ovos, leite e derivados), totalmente conseguidos com abundância. A alimentação é racional, os produtos caros de importação severamente taxados de modo que, com estatísticas e estudos rigorosamente feitos, a importação é controlada, deixando larga margem de crédito sôb a exportação, mantendo a moeda entre as mais valorizadas do mundo.

A população está distribuida mais na zona centro e sul. Numa população de 7.000.000, 1.000.000 estão na capital, 500.000 em Gothenburg e 130.000 em Malmö. As demais cidades possuem população pequena, oscilante entre 10.000 e 30.000. De um modo geral 50% da população sedia-se nas cidades, nos afazeres da indústria, comércio e administração e 50% no campo, na agricultura e mineração.

O govêrno é uma monarquia-constitucional, porém a nação rege-se por um sistema socialista baseado no cooperativismo. As indústrias básicas e os transportes são geridos quasi que pelo Estado. As grandes manufacturas ou organizações de utilidade pública são organismos para-estatais e as empresas quasi todas são cooperativas com o capital homogeneamente dividido entre a população. O Estado taxa em cerca de 30% o trabalho e, em cerca de 50% o capital. Desse modo, estabelece-se um equilibrio sócio-econômico, não havendo possibilidade de desenvolvimento de um capitalismo extremado nem havendo tão pouco o cerceamento completo da livre iniciativa na exploração do capital. O alto custo das taxas

que permite o equilíbrio social é compensado com as inversões que o Estado faz em benefício do povo. O ensino, a saúde, os transportes, a energia elétrica, etc são perfeitamente organizados e eficientes.

O que muito facilita a administração é a divisão do país em 24 províncias e estas em municípios e distritos. Uma cidade de 1.000.000 de habitantes como Stockholm está dividida em vários distritos, cada um com sua administração própria, sua polícia, seus departamentos de correio, escolas, departamentos de limpeza, saúde, esporte, etc. Por sua vez os distritos estão sob o controle geral da Municipalidade de Stockholm.

Existe o parlamento elegido pelo povo, o poder judiciário e o rei com seu conselho. O poder não se hipertrofia nas mãos de um só homem, é dividido e impessoal, e o rei, que tem caráter mais simbólico, evita que se estabeleça a ditadura ou a oligarquia.

O rei escolhe seus ministros entre os chefes dos partidos majoritários indicados pelo Parlamento. Nem um homem tem poder para dar ordens pessoais. Existem organismos administrativos que governam sob o controle de estatísticas e estudos feitos por comissões técnicas e nada é feito sem prévia discussão.

### 3) O PROBLEMA DA SAÚDE PÚBLICA.

A saúde pública constitui problema dos mais importantes para a administração estatal na Suécia. O governo central e as municipalidades dividem as responsabilidades no tocante às despesas, havendo, contudo, um plano de sistematização único que coloca toda a organização sob a tutela da Junta da Saúde Pública do Estado, adstrita ao Conselho do Rei. Não existe, assim, a justaposição de diversos programas nem planos que se entremecem ao visarem o mesmo fim. Os organismos locais que gerem, diretamente, as zonas ou distritos obedecem a sistema único e uniforme que tudo engloba em um todo homogêneo e harmônico.

Os esforços da administração obedecem a duas diretrizes fundamentais:

- 1) A medicina preventiva.
- 2) A medicina curativa.

A medicina preventiva repousa principalmente em planos de proteção à infância, ao trabalhador e à velhice. A medicina curativa é essencialmente hospitalar.

A defesa da saúde pública, aperfeiçoada gradativamente, ofereceu resultados excelentes, como nenhum outro país jamais conseguiu.

O gráfico que se segue é elucidativo:

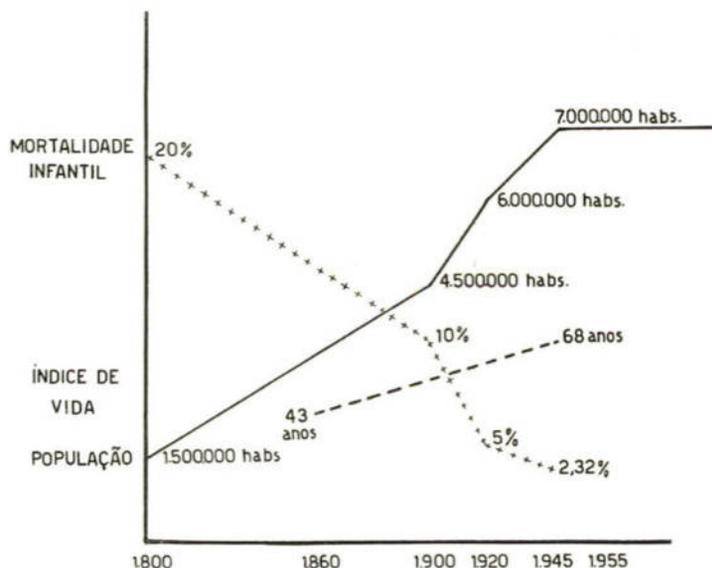


Gráfico I

Verifica-se que ao mesmo tempo em que a população do país aumentou de 1.500.000 para 7.000.000 de habitantes, a mortalidade infantil baixou de 20% para 2,32% e o índice de vida ascendeu de 43 para 68 anos.

Este aumento substancial da população no período de 95 anos não dependeu de um alto índice de profliguidade, nem do fator imigratório, mas quase que apenas dos resultados na solução do problema da Saúde Pública, abaixando-se o índice de mortalidade infantil e aumentando-se a longevidade.

Fatores etnológicos, climáticos bem como sociológicos determinaram um baixo índice de profliguidade do povo suéco. A média de filhos por casal não passa de 2 rebentos. Ao mesmo tempo, a alta longevidade tem acrescido de muito o número de anciãos no país. A quantidade de anciãos, que aumenta progressivamente, tem constituído problema para o governo pois que representa grande ônus para o estado; ao mesmo tempo, o baixo índice de natalidade tornou-se alarmante, principalmente em 1937, tendo melhorado discretamente desde então. A tendência é para a predominância de pessoas de idade sobre crianças ou adolescentes e, não fôra a baixa extraordinária da mortalidade infantil, limitada praticamente a acidentes ou casos teratogênicos, maior desequilíbrio teria se manifestado.

Ante a estabilização da população do país que, segundo os fatores atuais não parece ter tendência à oscilações ponderáveis, é de se assinalar o fato de o progresso não ter dependido da hiperpopulação, portanto da maior concorrência individual para a conquista de seus benefícios. Ele resultou do aperfeiçoamento dos indivíduos e da aplicação da máquina em grande escala, perfeitamente consentâneos com a prática do regimen socialista.

O progresso baseado na concorrência individual e, assim, na intensificação da luta pela vida e seleção natural dos indivíduos gera, em regra, uma classe de desajustados ou fracassados, fonte de sérios problemas sociais. O governo suéco não está, atualmente, interessado em que o país aumente sua população. Cada habitante prescinde de um mínimo de conforto para resistir às intempéries do clima e as instalações no que respeita à habitação são muito dispendiosas. Para a manutenção de um alto padrão de vida média é preciso que as ditas instalações correspondam ao número de indivíduos. Assim é que cada pessoa requer certa cubagem de ar aquecido e a habitação já se torna problema para o estado.

O aumento substancial da população verificado nos últimos anos, quer devido à emigração de alemães durante e após as últimas guerras, ou o aumento de turistas, tem gerado "déficit" considerável na habitação. Conseguir um quarto em Stockholm durante o verão é muito difícil. Os hotéis se superlotam, há grande número de recém-casados à espera de apartamento para alugar. Tal "déficit" na habitação resultou também do não interesse na aplicação de capitais na indústria da construção. A legislação que regula os alugueres é rigorosa quanto à proteção ao inquilino. Um apartamento com sala, dois dormitórios, cozinha e banho, custa em média 200 corôas (Cr\$ 3.800,00), o que equivale a 10% do salário médio do operário. O governo não permite que a habitação seja convertida em meio de especulação comercial nem fator de enriquecimento privado. Prefere que os capitais sejam aplicados na indústria, resultado mais produtivo. Além disso, o desenvolvimento de grandes patrimônios imobiliários seria prejudicial ao regimen socialista.

A qualidade da habitação que corresponde "in totum" aos padrões de primeira classe é fator decisivo para a saúde pública. Habitações de tal tipo correspondem a ambientes saudáveis e higiênicos.

O alto padrão de vida atingido homogeneamente pelo povo em sua totalidade; a alfabetização em massa (100%) dos indivíduos; os preceitos de higiene que constituem hábito de todos; o alojamento adequado, são fatores decisivos que reduzem os problemas de saúde pública ao mínimo.

A aplicação da máquina em grande escala, substituindo os trabalhos forçados, evitando a exaustão física do trabalhador, multiplicando em todos os sentidos a produção, determinou a vitória suprema contra a natureza inclemente. Hoje, a 20º centígrados abaixo de 0º, os suecos gozam de mais conforto que os povos que se deliciam nas brisas sub-tropicais.

O clima tem sido também fator higienizante de importância. Antisséptico, parasiticida, destrói microrganismos, insetos, vermes, sendo o país praticamente isento de epidemias e parasitoses. Além de não haver contágio pelos insetos, os alimentos se conservam mais facilmente. Também a calma da atmosfera polar, a ausência de ventos alísios fortes, condiciona a falta de poeira, mantendo-se o asseio das vias públicas, com maior facilidade.

Todo o país é limpo. Onde que se vá, no palácio do rei ou na cabana do camponês, tudo é perfeitamente limpo. Para exemplificar-se o espírito de limpeza sueco basta lembrar fatos que se sucedem corriqueiramente nas ruas. Se um transeunte lança uma ponta de cigarro no chão, muita vez o que o segue apanha-a e lança-a na cesta mais próxima!

#### 4) A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA.

Os métodos de assistência à infância compreendem os processos de eugenia para a gestação, os cuidados com a parturição e a formação física e intelectual da criança idealmente hígida. A sequência natural desses métodos é a seguinte:

- a) Educação sexual dos pais ou futuros pais.
  - b) Aborto legal.
  - c) Preparo da gestante.
  - d) Assistência na parturição.
  - e) Cuidados imediatos pós natais.
  - f) Creches e parques infantís.
  - g) Higiene escolar.
  - h) Recreação infantil, férias.
- a) **Educação sexual dos pais ou futuros pais.**

O problema sexual na Suécia é encarado tão objetivamente como o da alimentação ou outros problemas organo-fisiológicos. Não existem considerações de ordem religiosa ou sentimental interfe-

rentes na resolução do mesmo. Analisando-se bem a comunidade humana nesse sentido, verifica-se que na Suécia superpoem-se duas morais. A moral primitiva, tradicional, conservada em estado de pureza original até bem pouco tempo e, a moral oriunda dos contatos com o mundo greco-romano-latino.

A moral primitiva-tradicional, ainda se conserva bastante pura nas zonas rurais, entre os camponeses. Nas cidades, existe uma percentagem crescente de indivíduos contaminados pelos métodos e idéias dos países do sul da Europa e mesmo da América. Vêm-se famílias bem constituídas, obedecendo aos preceitos tradicionais e pessoas de vida irregular que procuram o prazer sexual, excitadas pelas idéias que lá bafejam, ora levadas através da literatura de ficção, pela imprensa, pelo cinema.

Considerados os costumes primitivos, embora completamente diversos dos que imperam no mundo latino, vê-se que são perfeitamente suficientes para a constituição da família, assentada em bases naturais. Não há, nestes costumes o artificialismo nem a morbidez produtores de desvios psicológicos ou complicações de ordem social. De um modo geral, o indivíduo é livre para a satisfação natural do seu instinto sexual, desde que não afete a organização social. E, a resolução do problema parece resultar, principalmente, de ser o homem o elemento que se submete aos desejos femininos, não exercendo nenhuma coação de ordem econômica ou sócio-religiosa sobre a mulher. A mulher é soberana na sua escolha e de um modo geral não pratica nem o adultério nem a prostituição.

Para a difusão de ensinamentos científicos aos adolescentes e adultos, quaisquer que sejam os sexos, condições sociais ou econômicas, existem institutos fiscalizados pelo governo, ou ligados ao mesmo, onde se dá assistência gratuita ou levemente remunerada, a quem os procure. As medidas profiláticas para combate às doenças venéreas, os métodos anti-concepcionais não maléficos, o combate aos vícios sexuais, são objeto do ensino nestes institutos, onde pessoas bem especializadas e treinadas atendem aos consulentes.

A vida sexual do indivíduo pertence ao seu foro íntimo e não é objeto de apreciação ou de julgamento pelos demais, não há crime sexual desde que não houve violência. A aceitação do ato sexual por parte da mulher torna-o natural e não sofre restrições de ordem moral. O que não se admite é a mentira, a insinceridade, a deslealdade. Em regra, a mulher não pratica o ato sexual concomitantemente com mais de um homem. Ela é essencialmente monógama enquanto dura a sua afinidade por um homem e este corresponde, honestamente, à afeição que ela lhe prodigaliza.

## M E D I C I N A P R E V E N T I V A

- 1 — **ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA: Educação sexual — Aborto legal — Assistência à gestante — Maternidades — Creches — Higiene escolar — Férias — Almôço gratuito — Assistência dentária — Proteção à mãe solteira e alvoroçada.**
- 2 — **ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR: Horário de trabalho — Férias remuneradas — Salário mínimo 1.200 S.cr. — Auxílio doença — Aposentadoria — Higiene do trabalho.**
- 3 — **ASSISTÊNCIA AOS VELHOS: Pensões — Asilos.**

## M E D I C I N A C U R A T I V A

- 1 — **HOSPITAIS GERAIS: Centrais — Sub-distritais das fazendas.**
- 2 — **HOSPITAIS ESPECIALIZADOS: Alienados — Tuberculosos — Leprosos — Paralíticos.**

CONTINUA

## Departamentos de Reabilitação Hospitalar nos Países Baixos\*

A comissão elaborou projetos, indicando áreas aproximadas e facilidades desejáveis, para departamentos de 3 tamanhos: mínimo, que se destina a atender cêrca de 50 casos por dia, médio para 100 casos por dia, e grande, para 250 casos diários.

Outras recomendações que merecem destaque:

Não se justifica economicamente prover um departamento de terapia física para menos de 200 leitos hospitalares.

Sua localização ideal é no andar terreo, e não no embasamento (por falta de luz natural e dificuldade de ventilação e drenagem) nem em andares altos (onde seriam exigidos grandes elevadores). Por outra, deveria ficar entre as enfermarias e o ambulatório.

Uma temperatura conveniente é de 22°C a 50 cm do solo, e o gradiente não deve ser superior a 1°C por metro. A temperatura de radiação das superfícies não deve ser inferior à temperatura do ar, pelo menos em média. A velocidade do ar não deve superar em ponto algum 15 cm/seg. A ventilação deve ser suficiente para manter uma umidade relativa abaixo de 70%.

As propriedades isolantes de paredes exteriores e teto devem ser tais que fica evitada a condensação, nunca se excedendo um valor de transferência de calor  $K = 0,5 \text{ kcal/m}^2 \cdot \text{h}^\circ\text{C}$ .

O soalho deve ser antiderrapante, evitando que os doentes escorreguem.

Os sanitários devem ter um vestíbulo e ser tão amplos quanto possível, para não apresentar dificuldades para os incapacitados.

(\*) Resultado de estudo da "Comissão para terapia física e reabilitação" sob o patrocínio do Bouwcentrum, atualmente Ziekenhuiscentrum, Rotterdam, Holanda.

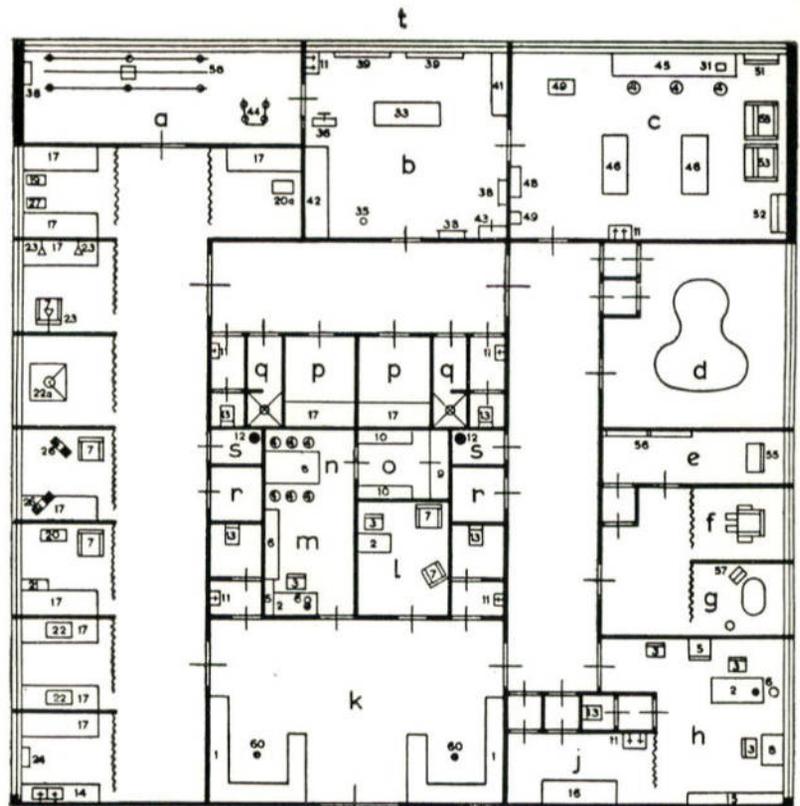
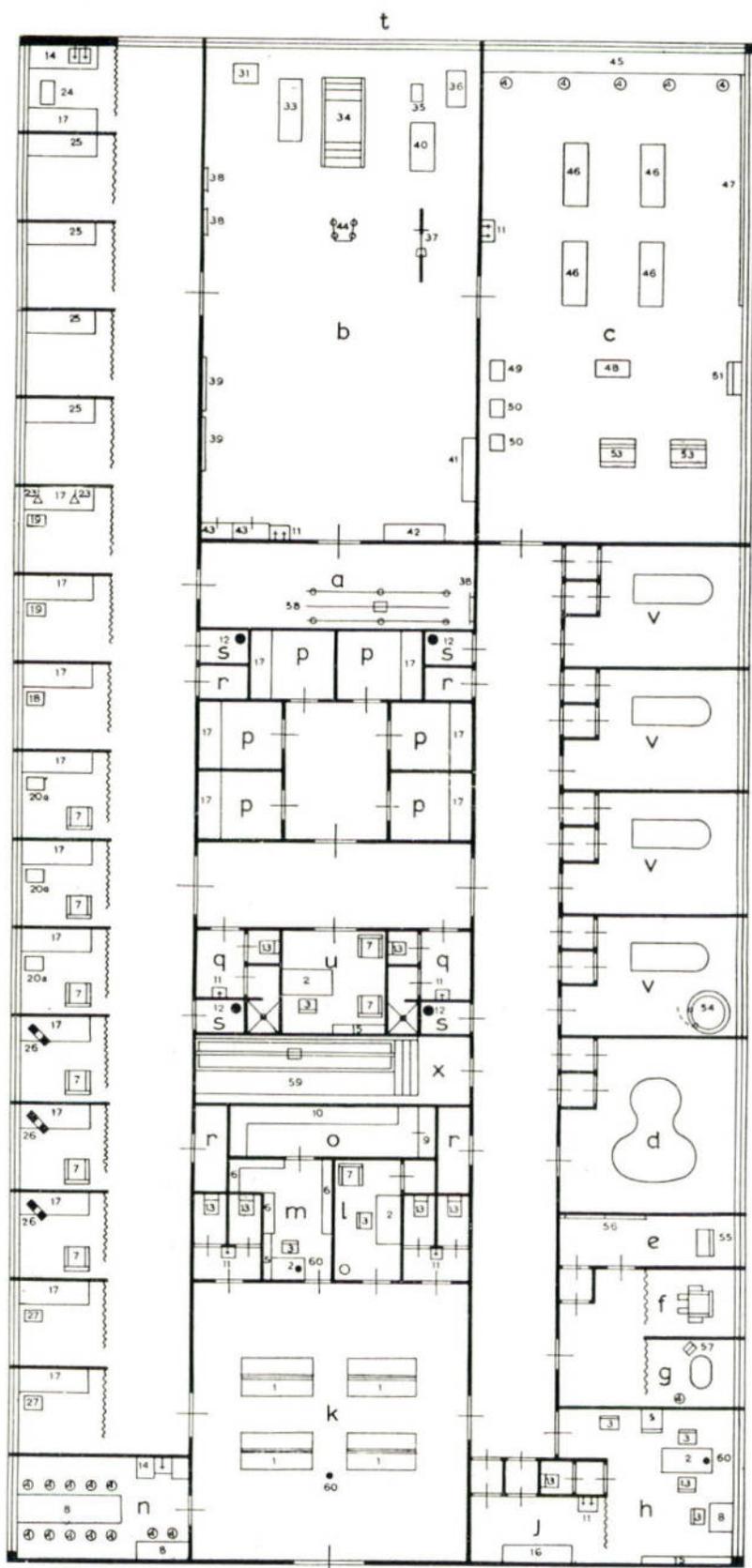


Figura 1 —

Departamento de Terapia Física e Reabilitação de tamanho mínimo (50 pacientes diários).



**Figura 2 — Grande departamento de terapia física e reabilitação (250 pacientes diários).**

Também os consultórios devem permitir a manobra de cadeiras de roda, etc.

O número e os tipos de aparelhos elétricos devem ser considerados como exemplo, pois aí muito depende da preferência do fisioterapeuta e das categorias de doentes mais frequentes.

**LEGENDA:**

- a — área para exercício de marcha;
- b — ginásio para exercícios gerais;
- c — terapia ocupacional;
- d — tanque de Hubbard;
- e — ducha escocesa;
- f — banho de quatro bacias;

- g — banho de redemoinho;
- h — consultório médico;
- i — sala de exame;
- k — sala de espera;
- l — assistente social;
- m — escritório;
- n — cantina;
- o — rouparia;
- p — sala de descanso;
- q — chuveiro;
- r — depósito;
- s — material de limpeza;
- t — gramado;
- u — massagista chefe;
- v — banheiro;
- w — armário secador;
- x — banho para andar;
- y — cubículo de tratamento.

- 1 — bancos para espera de pacientes;
- 2 — escrivaninha; 3 — cadeira; 4 — banqueta; 5 — armário para fichas; 6 — armarinho para artigos de toilette dos pacientes; 7 — poltrona; 8 — mesa; 9 — armário secador para toalhas etc.; 10 — prateleiras; 11 — tanque para lavar; 12 — pia; 13 — W. C.; 14 — bufê; 15 — armário de livros; 16 — mesa de exame; 17 — divã; 18 — aparelho de ondas ultracurtas de 200 watts; 19 — idem, de 300 watts; 200 — aparelho de corrente galvânica; 20a — aparelho de diatermia; 21 — aparelho de corrente farádica; 22 — lâmpada de arco; 23 — lâmpadas infravermelhas; 24 — banho a parafina aquecido por eletricidade; 25 — mesa de massagem; 26 — lâmpada ultravioleta; 27 — aparelho de ultrassom; 28 — galvano-faradizador; 29 — aparelho de micro-ondas; 30 — mesa de tratamento para mãos segundo Kanafal; 31 — mesa com aparelho para exercício de dedos; 33 — colchões; 34 — degraus com diferente altura e largura; 35 — aparelho universal de pulias segundo Mennell; 36 — aparelho pêndulo universal; 37 — bicicleta de exercício ajustável; 38 — espelho; 39 — grade sueca de parede; 40 — aparelho para remar; 41 — banco sueco; 42 — banco de exercício; 43 — armário para bolas, maçãs indianas, alteres, bolas terapêuticas de 1,5 a 3 kg; 44 — andador; 45 — mesa de trabalho para fazer tapetes, artigos de couro, trabalhos em vime, modelagem; 46 — mesa de trabalho para madeira e metal; 47 — prateleira para ferramenta; 48 — torno para madeira; 49 — máquina de coser para operação manual ou por pedal; 50 — banco com serra de fita; 51 — tear de parede; 52 — tear para exercícios de quadriceps; 53 — tear horizontal; 54 — banho a vapor; 55 — pedestal para ducha escocesa; 56 — trilhos para segurar; 57 — escadinha; 58 — aparelhos para exercícios de marcha, com colete, pulia, guinchos, sendo um ajustável; 59 — banho para andar, com as mesmas facilidades; 60 — sistema de chamada dos pacientes.

Diretoria eleita para o exercício de 1959/1960

PRESIDENTE: Arq. Jarbas Karman  
 VICE-PRESIDENTE: Dr. Paulo Cesar de Azevedo Antunes  
 SECRETÁRIO: Dr. Martinus Pawel  
 2.º SECRETÁRIO: Eng. Arthur Witzig  
 TESEUREIRO: Arq. C. A. Gomes Cardim Filho  
 2.º TESOUREIRO: Dr. José Hortencio de Medeiros Sobrinho

MEMBROS DA DIRETORIA:

Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães  
 Dr. Alvaro Guimarães Filho  
 Dr. Amador Cintra do Prado  
 Sr. Amaury de Almeida Castanho  
 Dr. Arnaldo de Moraes  
 Dr. João Nova Pacheco  
 Alm. Corrêa de Sá e Benevides  
 Eng. Eudoro L. Berlink  
 Eng. Francisco J. Humberto Maffei  
 Dr. Geraldo P. Guimarães  
 Arq. Germano Galler  
 Dr. Humberto Ballariny  
 Eng. João Oscar Schwegler  
 Enfa. Maria Rosa de Souza Pinheiro  
 Profa. Noemy da Silveira Rudolfer  
 Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo  
 Arq. Rino Levi  
 Dr. Theophilo de Almeida  
 Enfa. Zaira Bittencourt

CONSELHO FISCAL:

Dr. Dermeval Novaes de Oliveira  
 Dr. Jacyr Quadros  
 Dr. João Novo Pacheco

SUPLENTES DO CONSELHO FISCAL:

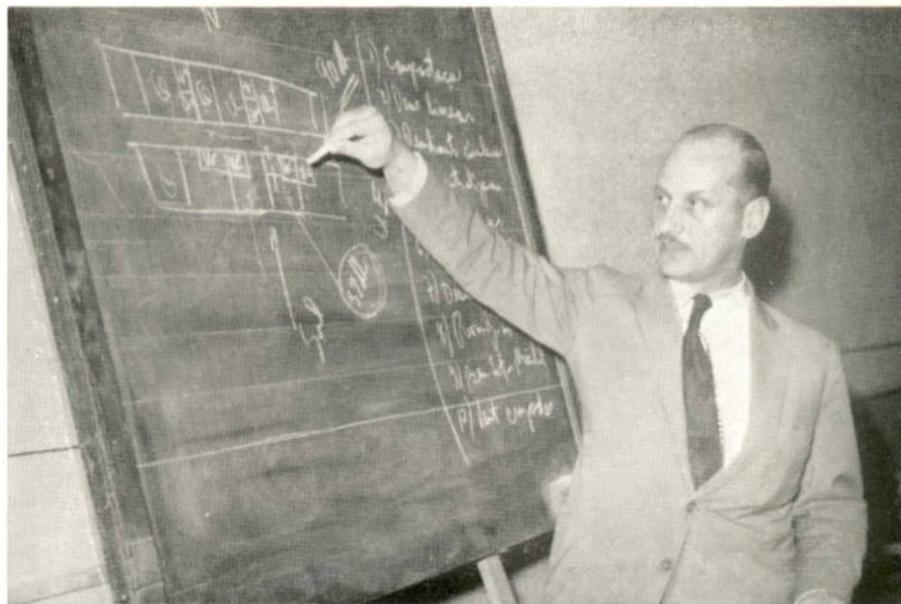
Arq. Alfredo Paesani  
 Eng. Alfredo Willer  
 Sr. Fernando Pereira d'Ábreu Braga

CONSELHO CONSULTIVO:

Dr. A. C. Pacheco e Silva  
 Dr. Alípio Corrêa Netto  
 Dr. André Roseira de Mattos  
 Dr. Anesio Alves de Brito  
 Dr. Benedito Montenegro  
 Cel. Médico Carlos de Paula Chaves  
 Dr. Corintha Goulart  
 Dr. Dacio de Almeida Cristovão  
 Dr. Dante Nese  
 Dr. Delcídes Martins Ferreira  
 Eng. Ermanno Marchetti  
 Dr. Ernani de Paiva Ferreira Braga  
 Arq. Flávio Guimarães Barbosa  
 Dr. Floresta de Miranda (Rio)  
 Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho (Pernambuco)  
 Eng. Francisco I. Araujo Silva  
 Arq. Francisco Salvador Risaffi (Rio)  
 Dr. Galileu Pasquinelli (Paraná)  
 Dr. Genysson Amado (Rio)  
 Sr. Geraldo Ferraz (Rio)  
 Dr. Henrique Maia Penido (Rio)  
 Dr. Hilton Rocha (Minas Gerais)  
 Dr. Hugo J. Filipozzi  
 Arq. Hoover Americo Sampaio  
 Dr. Isaac Mielnik  
 Dr. João Feliciano Xavier (Rio Grande do Sul)  
 Dr. Jorge Americano  
 Arq. Jorge Wilhelm  
 Eng. Annibal da Silva (Rio)  
 Dr. José Fleury (Goiás)  
 Dr. José Reis  
 Dr. José Silveira (Pará)  
 Dr. Lauro Monteiro da Cruz (Rio)  
 Dr. Leonídio Ribeiro (Rio)  
 Irmã Lydia de Paiva Luna (Goiânia)  
 Dr. Lourival Gomes Machado  
 Dr. Lourival Ribeiro (Rio)  
 Madre Maria Angelina Rezende (Minas Gerais)  
 Madre Maria Domeneuc  
 Dra. Maria José Imbassy Santo (Rio)

Dr. Mathias J. da Gama e Silva (Rio)  
 Arq. Maria do Carmo de Novaes Schwab (Esp. Santo)  
 Dr. Mario Degni  
 Dr. Mario Pinotti (Rio)  
 Dr. Mario Ramos de Oliveira  
 Dr. Mauricio Karman  
 Dr. Maury Pinto de Oliveira (Rio)  
 Dr. Miguel Azevedo (Pará)  
 Dr. Milton Machado Mourão (Minas Gerais)  
 Dr. Manoel T. Hidal  
 Arq. Ney Crisostomo da Costa (Rio Grande do Sul)  
 Arq. Oscar Valdetaro (Rio)  
 Dr. Otto Bier  
 Arq. Paulo Antunes Ribeiro (Rio)  
 Eng. Paulo Ricardo Levacov (Rio Grande do Sul)  
 Eng. Paulo Sá (Rio)  
 Dr. Quintino Mingoja  
 Dr. Ricardo Dias Gonçalves (Rio)  
 Eng. Roberto Paulo Richter  
 Dr. Rodolfo dos Santos Mascaranhas  
 Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio  
 Eng. Thomaz Thompson (Rio)  
 Eng. Ulisses de Barros  
 Enfa. Ursula Heirich  
 Don Vicente Zione  
 Dr. Zeferino Vaz (Ribeirão Preto)

CONFERÊNCIAS



O presidente do IPH, **arq. Jarbas Karman**, realizou 2 conferências em Pelotas, no mês de Agosto de 1958, das quais uma sobre **"Esterilização de material hospitalar"** e outra subordinada ao título **"Novos Conceitos de planejamento hospitalar"**. Acima o conferencista durante a segunda palestra. Em baixo, um aspecto da seleta assistência.





## COMISSÃO DE PESQUISA DOS SISTEMAS DE CONTRÔLES MÉDICOS E ESTATÍSTICOS

ATA DA SESSÃO INAUGURAL DA "COMISSÃO DE PESQUISAS DOS SISTEMAS DE CONTRÔLES HOSPITALARES — MÉDICO E ESTATÍSTICO"

Aos quatro (4) dias do mês de setembro de um mil novecentos e cinquenta e oito (1958), às vinte (20) horas, reuniram-se na sede do INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — (IPH), sito à Rua Xavier de Toledo, 210, 6.º andar — conjunto 64, nesta Capital, os seguintes senhores: Dr. Jarbas Karman — Presidente do IPH; Dr. Dermeval Novais de Oliveira — Diretor Técnico do Hospital 9 de Julho, nesta Capital; Dr. João Gamne — Diretor Administrativo do Hospital 9 de Julho; Dr. João Novo Pacheco do Departamento Médico da firma Mecanalise desta Capital; Dr. Maurillo Pacheco da firma Mecanalise; Homero Alcantara da Diretoria da Mecanalise; Senhorita M. Isabel A. Alcantara — representante do sistema Mc Bee; Sr. Celso M. de Sales das Caixas registradoras "National" S. A. desta Capital; e Olavo Lucchesi do Hospital 9 de Julho, convidados a integrar a Comissão de Pesquisas dos Sistemas de Contrôles Hospitalares — Médico e Estatístico. Com a palavra o Dr. Jarbas Karman, Presidente do IPH, que em breve alocução, enaltecendo as futuras atividades da Comissão em tela, teceu considerações sobre os objetivos do próprio IPH, Instituto cuja finalidade é a de propagar tra-

balhos normativos elaborados pelas diversas Comissões de que ele é formado. Sugeriu que fossem indicados um presidente, um relator e um secretário, com a finalidade de nortear e registrar os trabalhos e suas conclusões, de acordo com o regulamento do IPH. Por aclamação foram indicados os seguintes senhores, presentes: Presidente: Dr. Dermeval Novais de Oliveira; Relator: Dr. João Novo Pacheco e Secretário: O'avo Lucchesi. O Dr. Dermeval Novais de Oliveira como Presidente empossado, discorreu sobre a finalidade ou melhor sobre o objetivo específico dos trabalhos da Comissão, lembrando as dificuldades ora encontradas em Hospitais, ao serem compiladas certas informações de maior ou menor urgência e precisão. Os sistemas de controles Hospitalares — médico e estatístico — comentava, passariam a ser, o escopo principal da Comissão recém organizada. Com a palavra o Dr. João Novo Pacheco — Relator — que após algumas considerações enquadrou a finalidade dos trabalhos futuros, em um esquema composto de três dos controles a serem sugeridos, daria lugar a padrões objetivos, respeitando-se as formas vigentes de trabalho em Hospitais; 2 — que se deveria pesquisar essa forma de tra-

### PRESENTES:

M. Isabel A. Alcantara, Dr. João Gamne, Dr. Maurillo Pacheco, Celso M. de Salles, Olavo Lucchesi, João Pacheco, Homero Alcantara, Jarbas Karman, Dermeval Novais de Oliveira.

balho a fim de serem sintetizados os pontos principais; 3 — que, para tanto, a classificação geral dos Hospitais, levando-se em conta o tamanho, a situação geográfica e a finalidade, de normas e imprecindível. Tratou-se em seguida, dos sistemas de impressos Mc BEE e outros da linha da Mecanalise e da National S. A.. Através de considerações gerais, tratou-se também do custo e da organização hospitalar. Foi proposto e aceito o convite que deveria a Comissão dirigir aos Senhores: Professor Samuel Pessoa da Faculdade de Medicina, Professor Vasconcelos do Idort e Alberto Michelini, Chefe do Stock and Test do Armour do Brasil S. A. para integrarem, como técnicos, a Comissão. Passou-se para a discussão da denominação da Comissão, tendo sido aclamada a seguinte: COMISSÃO DE PESQUISAS DOS SISTEMAS DE CONTRÔLES — MÉDICO E ESTATÍSTICO. Às 23 horas e 15', o Senhor Presidente deu por encerrada a sessão, antes, marcando para o dia 11 do corrente às 20 horas a próxima reunião. Nada mais havendo a tratar eu, O'avo Lucchesi — Secretário — lavrei a presente ata que vai por todos assinada.

## COMISSÃO DE ESTUFAS

ATA DA 10.ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ESTUFAS PARA ESTERILIZAÇÃO REALIZADA NO DIA 21 DE MAIO DE 1958, ÀS 21 HORAS, NA SEDE DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES, RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.º ANDAR - CONJUNTO 64.

### PRESENTES:

ENG.º FRANCISCO I. ARAUJO SILVA, presidente  
SR. FRIEDRICH BECKER  
SR. J. HELMUT EICHHORN  
SR. WALTER SCHMIDT  
SR. FRANCISCO ANDREONI  
ENG.º TULIO ROMANO C. DE MELLO  
ARQ. JARBAS KARMAN  
DR. SILVIO GARRIDO  
ENF.ª DULCE M. DE CARVALHO  
ENF.ª ENIR SOUZA LIMA

### REPRESENTANDO

INSTITUTO BRAS. PESQU. TECNOLÓGICAS  
CASA LOHNER S/A. MÉDICO-TÉCNICA  
FANEM LTDA.  
FANEM LTDA.  
LUTZ FERRANDO S/A.  
DEERNS PLANEJAMENTO ENGENHARIA S/A.  
I. P. H.  
INSTITUTO BRASILEIRO DE BIOLOGIA  
I. A. P. C.  
I. A. P. C.

Aos vinte e um dias do mês de maio de mil novecentos e cinquenta e oito, às dezesseis horas, na sede social do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, à rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64,

foi realizada a 10.ª reunião da Comissão de Estufas para Esterilização. Aberta a sessão pelo Sr. Presidente foi aprovada a ata da reunião anterior; dando prosseguimento ao estudo das características técnicas da estufa de circulação

forçada, o Sr. Presidente começou os trabalhos pela análise da espessura das chapas. Com a palavra o Sr. Francisco Andreoni apresentou o seguinte quadro de chapas de aço inoxidável sugeridas para a construção de estufas:

TAMANHOS E ESPESSURAS

Dimensões internas da Câmara de esteriliz. em cm.				Chapas empregadas na construção					
Tamanhos	Larg.	Altur.	Prof.	Câmara de circulação		Câmara de interna		Câmara de externa	
				BWG	mm	BWG	mm	BWG	mm
1	50	40	40	20	0,97	20	0,97	18	1,25
2	70	50	50	20	0,97	20	0,97	18	1,25
3	90	80	60	18	1,25	18	1,25	16	1,6
4	100	100	60	18	1,25	18	1,25	16	1,6

Passou-se em seguida ao estudo da natureza das chapas: o alumínio foi desaconselhado pela sua excessiva dilatação; tendo sido aceites o cobre, o aço inoxidável, o latão e o aço comum, pintado; ficou ainda esclarecido que o aço doce, a chapa preta e a chapa branca polida são de uso normal; o Sr. Schmidt ficou de fornecer a nomenclatura oficial das chapas. A Comissão concordou em indicar para as estufas as seguintes chapas: aço doce, cobre e aço inoxidável. Passou-se em seguida ao isolamento pelo contról do calor de irradiação da lâ de vidro e de produtos similares, na espessura mínima de 3" a 4"; variando, todavia, a potência das estufas e as superfícies de irradiação em função do tamanho, estabeleceu-se a espessura mínima de 70 mm. de lâ de vidro ou similar para os 2 primeiros tipos de estufas e de no mínim 95 mm. para os tipos maiores; o estudo do coeficiente de transmissão e de irradiação de calor será

objeto de futuras considerações, após as pesquisas do isolamento em função do tamanho, temperatura e potência das estufas, que os fabricantes, membros da comissão, se prontificaram fazer. Passou-se em seguida aos estudos das prateleiras e portas. Foi aprovada a supressão da coluna central, nas estufas de portas duplas. Para os dois tamanhos menores opinou-se por uma só folha e para os 2 tamanhos maiores por portas com duas folhas. As prateleiras serão ajustáveis, devendo as estufas maiores ser providas de, no mínimo, 3 prateleiras e as menores de duas; a espessura da chapa das prateleiras deverá ser idêntico à das paredes da estufa, conforme o quadro aprovado; a resistência das prateleiras deverá ser conseguida por meio de nervuras, cujo número estará em função do tamanho a critério dos fabricantes; abordou-se em seguida o problema do trancamento das portas; optou-se pelo latão cromado ou zamac e de

material mau condutor de calor para os puchadores; nas portas duplas o sistema escolhida foi o de cremonas; todavia, o assunto ficou dependendo de melhor estudo em vista da conveniência ou necessidade do travamento automático das estufas, a fim de as mesmas não serem abertas durante o ciclo de esterilização; discutiu-se o uso de fechos utilizando as propriedades de dilatação do mercúrio e do bimetá; pelas propriedades superiores do bimetá, foi o mesmo escolhido; ficando, todavia, a adoção cêsse sistema de trancamento dependendo de melhor estudo. Abordou-se a seguir o problema do termômetro. Foi escolhido o de mercúrio e preterido o de bimetá, pelo fato do primeiro nunca carecer de aferição; como a temperatura de esterilização é de 160°C., estudou-se a possibilidade de termômetros calibrados só entre 150°C., e 200°C., de grau em grau, com erro permissível de 1.º C., todavia, ponderou-se a necessidade do continuo exame do termômetro, a fim de acompanhar a evolução da temperatura da estufa, em função da carga e do tempo, o que exigirá escala mais ampla, de 30°C. As enfermeiras presentes sugeriram a necessidade da mudança das habituais posições dos termômetros na parte superior das estufas, que dificulta sobremaneira a leitura da temperatura, sugerindo a sua localização lateral, ao nível dos olhos; após longa discussão opinou-se por termômetro em "L", com a parte interna livre do bulbo de cerca de 5 cm. de comprimento, com blindagem de metal perfurado, para proteção; o Sr. Francisco Andreoni ficou de trazer um termômetro e a Secretaria ficou incumbida do convite e comparecimento do técnico, representante da Indústria de Termômetros — Termotécnica, para a próxima reunião, bem como do Eng.º Schaia Akkerman, especializado em isolamentos técnicos. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão, de que para constar foi lavrada a presente ata.

ATA DA 11.ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ESTUFAS PARA ESTERILIZAÇÃO REALIZADA NO DIA 6 DE JUNHO DE 1958, ÀS 15 HORAS, NA SEDE DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES, RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.º ANDAR - CONJUNTO 64.

**PRESENTES:**

ENG.º FRANCISCO I. ARAUJO SILVA, Presidente  
 SR. FRIEDRICH BECKER  
 SR. J. HELMUT EICHHORN  
 SR. FRANCISCO ANDREONI  
 ENG.º AULIO ROMANO C. DE MELLO  
 ARQ. JARBAS KARMAN  
 DR. SILVIO GARRIDO  
 SR. JAIME VILARRUBLA  
 SR. J. L. LEGUI

**REPRESENTANDO:**

INSTITUTO PESQUISAS TECNOLÓGICAS  
 CASA LOHNER S/A. MÉDICO-TÉCNICA  
 FANEM LTDA.  
 LUTZ FERRANDO S/A.  
 DEERN'S PLANEJAMENTO ENG. S/A.  
 I. P. H.  
 INSTITUTO BRASILEIRO DE BIOLOGIA  
 TERMOTÉCNICA IND. COM. LTDA.

Aos seis dias do mês de junho de mil novecentos e cinquenta e oito, às quinze horas, na sede social do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, à rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64, foi realizada a 11.ª reunião da Comissão de estufas para Esterilização. Aberta a reunião pelo Sr. Presidente, foi lida e aprovada a ata da reunião anterior. O Sr. Presidente solicitou à Secretaria telefonar às firmas Lutz Ferrando e Fanem, solicitando o favor de trazerem, para a próxima reunião, os resultados das experiências sobre a espessura da camada de isolamento com lâ de vidro e correspondente temperatura externa da estufa; bem como convocar o comparecimento do técnico em isolamento térmico da Comissão Sr. Schaia Akkerman e solicitar o comparecimento de um técnico em eletricidade, de um técnico em chapas de ARMCO e de um engenheiro metalurgista. Abordou-se a necessidade de o sistema automático de trancamento da porta ficar acoplado a um relógio e que, uma vez atingida a temperatura de 160°C., a abertura da porta só fosse possível após decorrido uma hora; êsse dispositivo para assegurar garantia e segurança ao processo de esterilização foi longamente debatido, ficando dependendo do melhor estudo e

principalmente, do exame do seu custo. Com a presença do técnico em Termômetros, Sr. Jaime Vilarrubla, foram longamente estudados os diferentes tipos de medidores de temperatura, sensibilidade erros de leitura, graduações etc.; optou-se pelo termômetro reto e opcionalmente em "L". Na parte de chaves a Comissão ficou de estudar a possibilidade de fazer com que as resistências sejam ligadas e desligadas em série com o ventilador ou então acionadas pelo ventilador de modo que a estufa só seja ligada quando o ventilador estiver em funcionamento, já que a circulação forçada de ar é uma das características vitais desse tipo de estufas. Prosseguindo no exame do Programa Base, a Comissão aprovou a seguinte redação: **TERMÔMETRO** de mercurio para temperaturas de 30°C. a 200°C. De.e permitir leitura fácil com erro de, no máximo 1º C. A parte do termômetro dentro da câmara deverá ser devidamente protegida, por um cilindro perfurado de latão cromado ou de liga de alumínio anodizado. **AQUECIMENTO ELÉTRICO** — a) Os fios e as partes elétricas devem ser perfeitamente isoladas e montadas de acôrdo com a N. B. — 3, devendo satisfazer as exigências desta Norma. b) A instalação deve dispôr de termômetro que permita regular a

temperatura de 160°C. a 200°C., com erro máximo de 3º C. c) As resistências elétricas serão com fios ou fita de níquel-cromo ou similar. As unidades devem ser facilmente substituíveis. d) As chaves de contról serão localizadas de forma acessível; relés, interruptores, fuzíveis, etc. serão protegidos, mas acessíveis a inspeção ou reparos. e) A estufas deve vir equipada com lampada piloto de voltagem adequada. f) Nas partes sujeitas a temperaturas superiores a 60°C., os fios terão isolamento especial, como por exemplo de amianto, capaz de assegurar **proteção continua nessa temperatura. TURBO VENTILADOR** — Será acoplado a motor elétrico, devendo o conjunto ter condições tais que assegurem o funcionamento da estufa de acôrdo com as exigências do item 5. No acoplamento do ventilador ao motor deverá haver, no eixo do motor, isolamento adequado ao calor. **PINTURA** — Onde não forem feitas exigências especiais quanto aos revestimentos das partes externas da estufa, será feita pintura de esmalte sintético, na cor cinza, se não for especificada outra cor. **INSPEÇÃO** — As estufas serão inspeccionadas individualmente, para verificação das condições exigidas nesta Especificação. Os ensaios serão feitos, sempre que possível, na fabrica. Deverá haver acôrdo prévio entre comprador e vendedor no sentido de que a inspeção e os ensaios, quando feitos durante a fabrica, sejam de forma a não prejudicar a marcha normal da linha de produção. **CERTIFICADO DE ENSAIO** — O fabricante ou fornecedor deverá fornecer uma declaração de que a estufa satisfaz aos ensaios exigidos nesta Especificação. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão de que para constar foi lavrada a presente ata. Foi marcada nova reunião para o dia 19 de junho de 1958.

**PRESENTES:**

ENG. FRANCISCO I. DE A. SILVA  
 ENG. TULLIO R. C. DE MELLO  
 SR. J. HELMUT EICHHORN  
 ENG. SCHAIA AKKERMAN  
 ARQ. JARBAS KARMAN

**REPRESENTANDO:**

INSTITUTO PESQUISAS TECNOLÓGICAS  
 DEERNS PLANEJAMENTO ENG. S/A.  
 FANEM LTDA.  
 EUCATEX S/A.  
 I. P. H.

Aos dezoito dias do mês de junho de mil novecentos e cinquenta e oito, às quinze horas, na sede social do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, à rua Xavier de Toledo, 210 - 6.<sup>o</sup> andar - conjunto 64, foi realizada a 12.<sup>a</sup> reunião da Comissão de Estufas para Esterilização. Aberta a reunião pelo Sr. Presidente, foi lida a ata da reunião anterior, tendo sido aprovada com as seguintes correções: página 2 — **aquecimento elétrico**, item a: "Os fios e as partes elétricas devem ser perfeitamente isoladas e montadas de acordo com a N.B. — 3, devendo, **ainda**, satisfazer às exigências desta Norma. Item e: "a estufa deve vir equipada com lâmpadas piloto, de voltagem adequada". Passou-se em seguida ao estudo da isolação térmica. Com a palavra, o Eng.<sup>o</sup> Schaia Akkerman, externou a opinião de que não se

deveria fixar a espessura da camada isoladora, mas sim, o coeficiente de condutibilidade, visto a espessura variar em função do isolamento empregado. O que se poderia fazer é fixar a espessura, para determinado material e segundo um coeficiente de condutibilidade máxima préfixado. Assim para a lâ de vidro, para uma temperatura da câmara de esterilização de 160°C e para um limite exterior de 40°C, fácil seria preestabelecer a espessura necessária; todavia, seria suficiente fixar o material a empregar e a sua condutibilidade térmica não havendo necessidade de se cogitar do grau de compactação do isolante usado, do arranjo de suas fibras etc., pois a sua influência é desprezível, não sendo considerada na fórmula. Pas sou-se em seguida ao estudo dos diferentes isolantes. Foi constatado que cortiça não servia por

carbonizar a 120°C. O Eucatex isolante também não resiste a estas altas temperaturas, a não ser que seja revestido com uma camada de **atomita com amianto**, quando resiste a temperaturas da ordem de 200°C. Todavia, talvez esse tratamento leve a encarecer o produto. Chegou-se à conclusão de que materiais de origem vegetal, como cortiça e Eucatex, não se comportam bem a altas temperaturas e que seu emprego deve ser limitado a temperaturas baixas, frigoríficos etc. Para alta temperatura deverá ser empregado **lã de rocha em mantas, lâ de vidro, massa de amianto, massa de atomita, magnésia, vermiculite** etc. (esta última já não aprova para baixas temperaturas). O coeficiente de condutibilidade da lâ de rocha, segundo Eng.<sup>o</sup> Schaia Akkerman, não chegou a 0,025 — 0,026; o da lâ de vidro 0,034. Concluiu-se, também, que a espessura de isolação é independente do tamanho da estufa, desde que as condições de diferença de temperaturas permaneçam as mesmas. Eng.<sup>o</sup> Schaia Akkerman prontificou-se de trazer os cálculos necessários na próxima reunião. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão, e, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai por todos assinada.

**C O M I S S Ã O D E A C Ú S T I C A**

ATA DA 19.<sup>a</sup> REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACÚSTICA DA DIVISÃO DE EDIFÍCIOS DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES, REALIZADA NA SEDE DO I.P.H., ÀS 16 HORAS DO DIA 11 DE JUNHO DE 1958, NA RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.<sup>o</sup> ANDAR - CONJUNTO 64.

**PRESENTES:**

ENG.<sup>o</sup> ROBERTO PAULO RICHTER, Presidente  
 ENG.<sup>o</sup> A. WALTER BARBIERI  
 ENG.<sup>o</sup> EDUARDO DE SOUZA QUEIROZ  
 ENG.<sup>o</sup> DARCY DA F. MATTOSO  
 ARQ. JARBAS KARMAN

**REPRESENTANDO:**

INSTITUTO BRASILEIRO DE ACÚSTICA  
 EUCATEX  
 PREFEITURA DE S. PAULO  
 LAMINARCO  
 I. P. H.

**SELEÇÃO DE TERRENO PARA HOSPITAIS**

Aos 11 dias do mês de junho de mil novecentos e cinquenta e oito, às dezesseis horas, na sede social do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, à rua Xavier de Toledo, 210 - 6. andar - conjunto 64, foi realizada a 19.<sup>a</sup> reunião da Comissão de Acústica. Aberta a sessão, pelo Sr. Presidente, foi aprovada a ata da reunião anterior; com a palavra o Sr. Presidente lembrou a importância do problema de paredes removíveis a ponto de, para sua solução, ter sido expressamente criada a atual Comissão: dando prosseguimento aos trabalhos, a Comissão de Acústica do I.P.H., abordou o problema dos **NÍVEIS DE RUÍDO NAS DIVISAS DO TERRENO**. Estabeleceu-se que esses ruídos deverão ser medidos com o "Sound Level Meter" e de acordo com as normas da ASA., no perímetro do terreno e local mais desfavorável. Os ruídos a serem medidos foram divididos em 2 categorias, e classificados seguindo pontos:

a) **RUÍDOS TEMPORÁRIOS** — como por exemplo, tráfego, busina, alto-falante, apitos etc....

- até 45 db (A) - 1
- 46 db a 55 db (A) - 2
- 56 db a 65 db (B) - 3
- 66 db a 75 db (B) - 4
- acima de 76 db (B) - 5

b) **RUÍDOS PERMANENTES** — máquinas, motores, fábricas, transformadores etc.

- até 45 db (A) - 1
- 46 db a 55 db (A) - 2
- 56 db a 65 db (B) - 3
- 66 db a 75 db (B) - 4
- acima de 76 db (B) - 5

OBS. A e B, representam as escalas do "Sound Level Meter".

Passou-se, em seguida, à organização a uma primeira tentativa de classificação, por pontos, dos vários aspectos dos terrenos.

1) **DIMENSÕES DO TERRENO** — A Comissão chegou aos seguintes resultados: As dimensões do terreno têm grande influência na localização do hospital pela possibilidade de recuá-lo da via de tráfego ou das divisas do terreno, onde se constata maior barulho (nível de ruído mais elevado). Para efeito de cálculo, foi recomendado tomar-se aproximadamente a distância à fonte de ruído em metros, medindo-se o nível de ruído nas divisas do terreno. Partindo do fato de nível de ruído cair de 6 db, toda a vez que houver duplicação da distância interposta, e tomando como base a distância de 10 metros da fonte de ruído às divisas do terreno e admitindo ainda um ruído de 70 db nas ruas e divisas, a Comissão estabeleceu o quadro abaixo, de **pontos**, que permite aquilatar a redução de ruído em função do afastamento do edifício do hospital, das divisas de terreno, nos pontos mais barulhentos:

- 40 metros ou mais das divisas — 1 (NR = 46 db)
- 30 a 39 metros das divisas — 2 (NR = 52 db)
- 20 a 29 metros das divisas — 3 (NR = 58 db)
- 10 a 19 metros das divisas — 4 (NR = 64 db)
- menos de 10 m das divisas — 5 (NR = 70 db)

2) **TIPOS DE TERRENO** — Abstraindo a possibilidade de terrenos pantanosos etc. e a existência de encostas e morros, do ponto de vista acústico, foram considerados 3 tipos de terrenos e assim avaliados para efeito de contagem de pontos:

- Terreno inclinado (corte) — 1
- Terreno plano — 2
- Terreno inclinado (atêrro) — 3

O eixo que dá ângulo de inclinação deve ser perpendicular à via de acesso pela localização do edifício do Hospital.

3) **TIPO DE TRÁFEGO** — Considerando que os níveis de ruídos temporários podem ser mais prejudiciais que os permanentes, a Comissão concluiu que o tráfego da rua tem influência variável. Assim foram atribuídos pontos diferentes a:

- Rua calma comum — 1
- Rua preferencial — 2
- Rua com tráfego de ônibus — plana — 3
- Rua com tráfego de ônibus — inclinada — 4
- Rua com bondes — 5

4) **ZONEAMENTO** — As diversas zonas, segundo seus diferentes níveis, seriam classificadas por pontos:

- Zona estritamente residencial — 1
- Zona predominantemente residencial — 2
- Zona mixta — 3
- Zona industrial — 4

5) **PREÇO DO TERRENO** — Numa mesma zona (bairro ou rua), considerando fixo o valor unitário do terreno (Cr\$ por m<sup>2</sup>) o seu valor total, de acordo com os níveis de ruído na divisa do terreno no ponto mais desfavorável, seria dado pelo produto abaixo, onde 1 - 2 - 3 são funções dos pontos atribuídos aos diferentes níveis.

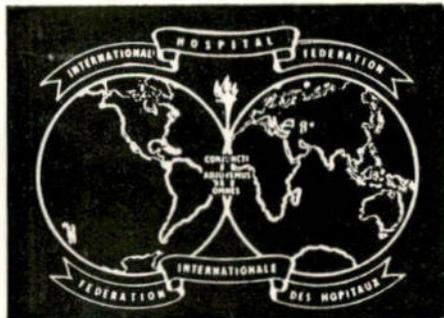
- Valor mais baixo Cr\$ X DB — 1
- Valor seguinte Cr\$ X DB — 2
- Valor seguinte Cr\$ X DB — 3

Pode-se conseguir outra classificação estabelecendo a seguinte fórmula:

$N_R =$  Nível de ruído.  
 $N_{Rt} \times Cr\$ = K$  (cte)  
 K = cte a ser determinada para cada cidade.  
 Cr\$ = Preço por m<sup>2</sup> de terreno

6) **MODOS DE CLASSIFICAÇÃO** — O terreno que apresenta menor número de pontos na soma total, seria o terreno mais favorável do ponto de vista acústico, ou seja, prevenção dos ruídos nos hospitais. Depois de alguns debates, dado o adiantado da hora, e nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente deu por encerrada a sessão, e para constar foi lavrada a presente ata, que vai por todos assinada.

# ESTATUTOS DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES



## HOSPITAL DE HOJE

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

PERSONALIDADE JURÍDICA — SOB N.º 2.076, EM 27-4-1954 — 4.º R. T. D.  
ENTIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA — LEI ESTADUAL N.º 4.774 DE 12-8-1958  
ENTIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA — DEC. FEDERAL N.º 44.735 DE 23-10-1958  
CONSELHO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL — N.º 119.104 DE 16-12-1959

### CAPÍTULO I

#### DA CONSTITUIÇÃO E SEDE

Artigo 1 — O Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, I.P.H., sociedade civil, científica, de âmbito nacional, sem intúitos lucrativos, constituído de pessoas físicas e jurídicas, que se interessam pelo problema de desenvolvimento e pesquisas hospitalares, fundado a 25 de janeiro de 1954, com sede e fóro na cidade de São Paulo, passa a reger-se pelos presentes estatutos.

### CAPÍTULO II

#### DA DURAÇÃO E FINS

Artigo 2 — O prazo de duração do I.P.H. é indeterminado.

Artigo 3 — O I.P.H. tem por fins:

- realizar e promover estudos e pesquisas no campo hospitalar;
- divulgar êsses estudos e pesquisas;
- fomentar o desenvolvimento hospitalar.

Artigo 4 — Para a obtenção de seus objetivos, o I.P.H. poderá promover estudos experimentais em laboratórios próprios, oficiais, universitários ou de entidades particulares.

§ único — Poderá, também, organizar e construir um hospital pilôto de pesquisas.

### CAPÍTULO III

#### DA ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA — Receita, despesa e orçamento

Artigo 5 — A receita do I.P.H. será constituída:

- Pelas contribuições dos sócios;
- Pelas subvenções e auxílios;
- Pelas doações e legados;
- Pelos juros de contas e bens patrimoniais;
- Pela renda proveniente da venda de publicações do Instituto;
- Por outras contribuições e arrecadações.

Artigo 6 — A Diretoria fixará, trienalmente, as contribuições dos sócios coletivos e individuais.

Artigo 7 — O Tesoureiro elaborará anualmente, uma proposta orçamentária, de Receita e Despesa, que será submetida a discussão e aprovação da Diretoria, ad referendum da Assembléia Ordinária.

### CAPÍTULO IV

#### DA ORGANIZAÇÃO TÉCNICA

Artigo 8 — As atividades específicas do I.P.H. serão distribuídas por Divisões, Secções, Sub-Secções e Comissões, criadas a juízo da Diretoria.

§ único — As divisões se regerão por regulamentos próprios, aprovados pela Diretoria.

### CAPÍTULO V

#### DOS SÓCIOS — Da admissão dos sócios

Artigo 9 — Os sócios, de maneira geral, serão admitidos por solicitação dos candidatos e aprovação da Diretoria.

§ único — A admissão no quadro social pressupõe o inteiro conhecimento e aceitação dos presentes estatutos pelos candidatos.

#### Da categoria dos sócios

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

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

§ 2.º — Sócios Titulares: os primeiros 100 sócios individuais inscritos no quadro social, satisfeita a joia regulamentar;

§ 3.º — Sócios Individuais: os demais admitidos em seguida, que, quando houver vaga, se candidatarão ao quadro de Titulares, por ordem cronológica ou o mais idoso, em igualdade de condições;

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

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

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

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

#### Das contribuições

Artigo 11 — Os sócios deverão contribuir com as joias e anuidades fixadas trienalmente, por proposta da Diretoria.

§ único — Os Sócios Coletivos Patrocinadores e os Sócios Correspondentes são isentos de qualquer contribuição.

## CAPÍTULO VI

### DOS DIREITOS E DEVERES DOS SÓCIOS

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

- a) Utilizar todos os serviços do I.P.H., nas condições e limites estabelecidos no regulamento interno;
- b) receber, quando editada, a revista;
- c) frequentar a biblioteca;
- d) participar dos estudos, pesquisas e trabalhos realizados pelo I.P.H., tomando parte nas reuniões, excursões e congressos, nas condições fixadas pela Diretoria;
- e) sugerir, por escrito, à Diretoria, quaisquer medidas que julgarem de interesse para o I.P.H.

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

- a) Votar e ser votados nas Assembléias quando estiverem quites com os cofres sociais;
- b) desempenhar qualquer cargo da Diretoria, Conselho Consultivo, Conselho Fiscal, Divisões, Secções, sub-secções ou funções especializadas, quando eleitos ou nomeados na forma prevista nestes Estatutos.

Artigo 13 — O sócio do I.P.H. será excluído do quadro social:

- a) Por atraso de pagamento da contribuição devida por mais de seis meses, mediante decisão da Diretoria;
- b) por ter sido condenado pela justiça por crime infamante passado em julgado.

§ único — Em caso algum haverá restituição de contribuições.

Artigo 14 — Os sócios respondem até a importância de seus débitos para com a Tesouraria, relativamente às obrigações contraídas, em nome do Instituto, por seus representantes legais.

## CAPÍTULO VII

### DA DIRETORIA

Artigo 15 — Serão órgãos do I.P.H.:

- a) Diretoria
- b) Conselho Fiscal
- c) Conselho Consultivo e,
- d) Assembléia Geral

Artigo 16 — O I.P.H. será administrado por uma Diretoria constituída por um Presidente e 24 Diretores, eleitos pela Assembléia Geral.

§ 1.º — Dessa Diretoria farão parte, obrigatoriamente, 3 arquitetos associados do IAB, 3 médicos e 3 engenheiros.

§ 2.º — O Presidente, anualmente, escolherá, entre os eleitos, um Vice-Presidente, um 1.º Secretário, um 2.º Secretário, um 1.º Tesoureiro e um 2.º Tesoureiro.

§ 3.º — O mandato do Presidente e dos Diretores será de 3 (três) anos. Proceder-se-á, anualmente, à renovação do terço dos Diretores, admitindo-se a reeleição, e mantendo-se a composição do parágrafo 1.º deste artigo.

Artigo 17 — As deliberações da Diretoria não poderão ser tomadas sem o pronunciamento de 10 Diretores, no mínimo.

Artigo 18 — Compete à Diretoria:

- a) Cumprir e fazer cumprir as disposições destes Estatutos e as decisões das Assembléias;
- b) elaborar regulamentos internos;
- c) resolver os casos omissos nestes Estatutos e as dúvidas que estes suscitarem;
- d) admitir e excluir os sócios, nas condições previstas nestes Estatutos;
- e) discutir e aprovar o orçamento do exercício anual;
- f) prestar contas, anualmente, de sua gestão à Assembléia, apresentando um relatório do exercício e balanço, com parecer do Conselho Fiscal;

g) reunir-se ordinariamente 3 vezes ao ano e extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente.

§ único — O Diretor que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa aceita pela Diretoria perderá o mandato.

Artigo 19 — Ao Presidente compete:

- a) Executar as deliberações da Diretoria;
- b) representar o I.P.H. ativa e passivamente, em juízo ou fora dele;
- c) acompanhar e coordenar a execução de todos os serviços e trabalhos do I.P.H.;
- d) presidir as reuniões da Diretoria, do Conselho Consultivo e das Assembléias com direito ao voto de qualidade;
- e) tomar qualquer providência urgente, "ad referendum" da Diretoria;
- f) delegar a diretores eleitos, funções executivas, que a Administração reclamar, reservando-se em caso de impedimento, o exercício eventual das funções assim distribuídas;
- g) autorizar despesas dentro da verba destinada pela Diretoria;
- h) propôr, anualmente, à Diretoria, o preenchimento dos cargos de Diretor de Divisão, Diretor de Secção, Chefe de Sub-Secção e Representantes Estaduais e Distritais;
- i) nomear e demitir funcionários do I.P.H. fixando seu número e respectiva remuneração, bem como conceder férias e licenciamento, ad referendum da Diretoria;
- j) apresentar às Assembléias, relatório anual das atividades desenvolvidas pelo I.P.H.;
- l) convocar a Diretoria, o Conselho Consultivo ou as Assembléias;
- m) representar o I.P.H. na aquisição de imóveis e na doação em garantia hipotecária, de bens patrimoniais do Instituto, quando resolvido por Assembléia Geral.

Artigo 20 — Ao Vice-Presidente compete substituir o Presidente nas suas ausências e impedimentos.

Artigo 21 — Ao 1.º Secretário compete:

- a) Orientar e fiscalizar os serviços da Secretaria;
- b) assinar as atas das reuniões da Diretoria juntamente com o Presidente;
- c) redigir e assinar com o Presidente, toda a correspondência;
- d) substituir o Vice-Presidente nas suas ausências e impedimentos.

Artigo 22 — Ao 2.º Secretário compete:

- a) Redigir as atas da Diretoria e das Assembléias;
- b) substituir o 1.º Secretário nos seus impedimentos e ausências.

Artigo 23 — Ao 1.º Tesoureiro compete:

- a) Elaborar, no fim de cada ano, a proposta orçamentária para o ano seguinte e submetê-la à aprovação da Diretoria;
- b) orientar e fiscalizar os serviços da Tesouraria;
- c) providenciar o pagamento das contas e despesas regularmente autorizadas;
- d) apresentar balancetes e balanços à Diretoria;
- e) receber toda e qualquer quantia devida ao I.P.H.;
- f) assinar, juntamente com o Presidente, os cheques de pagamento.

Artigo 24 — Ao 2.º Tesoureiro compete auxiliar o 1.º Tesoureiro nos seus trabalhos e substituí-lo nos seus impedimentos.

## CAPÍTULO VIII

### DO CONSELHO CONSULTIVO

Artigo 25 — O Conselho Consultivo constitui-se pelo Presidente, pelos ex-presidentes, pelos diretores das divisões, e pelos Representantes Estaduais e Distritais, como membros natos, e de mais 30 (trinta) membros estranhos à Diretoria, eleitos anualmente pela Assembléia.

Artigo 26 — Ao Conselho Consultivo compete opinar sobre as Normas elaboradas pelas Comissões e Divisões, antes de submetidas à aprovação da Diretoria.

Artigo 27 — Ao Conselho Consultivo compete deliberar, em primeira instância, a conveniência ou não de ser levada à Assembléia Geral;

- a) a modificação dos estatutos;
- b) a dissolução do I.P.H.

## CAPÍTULO IX

### DO CONSELHO FISCAL

Artigo 28 — O Conselho Fiscal será constituído de 3 (três) membros efetivos e outros tantos suplentes, anualmente eleitos pela Assembléia entre sócios individuais, no pleno gozo de seus direitos, podendo ser reconduzidos ao cargo em cada eleição.

Artigo 29 — Compete ao Conselho Fiscal:

- a) apreciar as contas e balanços apresentados pela Diretoria;
- b) verificar os comprovantes dos balanços ou balancetes sujeitos ao seu exame, bem como a escrituração do I.P.H.;
- c) recomendar à Diretoria as providências necessárias para corrigir ou melhorar serviços.

## CAPÍTULO X

### DAS ASSEMBLÉIAS

Artigo 30 — As Assembléias serão ordinárias e extraordinárias.

Artigo 31 — A Assembléia Ordinária reunir-se-á na 2.<sup>a</sup> quinzena do mês de Janeiro de cada ano, e, as extraordinárias, quando convocadas pelo Presidente, ou por mais de um terço dos Diretores eleitos, ou ainda, pelo Conselho Consultivo, notificada a Diretoria.

§ 1.<sup>o</sup> — As Assembléias poderão deliberar com 2/3 dos sócios em primeira convocação ou com qualquer número de sócios, em pleno gozo de seus direitos, em segunda convocação;

§ 2.<sup>o</sup> — As convocações das Assembléias devem ser feitas por circular dirigida a todos os sócios e por publicação no Diário Oficial da União, com antecedência de 10 (dez) dias, pelo menos, indicados, com precisão, local e hora da reunião, bem como os assuntos que constituirão objeto de deliberação;

§ 3.<sup>o</sup> — Serão tomados em consideração os votos de sócios quando enviados em carta registrada e com assinatura autêntica, conferida, na ocasião da Assembléia, por uma Comissão de 3 (três) sócios, nomeada pelo Presidente.

§ 4.<sup>o</sup> — Os sócios, residentes na Capital, só poderão votar por escrito, na forma do parágrafo 3.<sup>o</sup>, quando apresentarem provas julgadas suficientes, no regulamento aprovado pela Diretoria, de não poderem comparecer pessoalmente;

§ 5.<sup>o</sup> — Em nenhum caso é permitido o voto por procuração.

Artigo 32 — As deliberações das Assembléias Gerais tomar-se-ão por maioria absoluta de votos dos sócios presentes, contando-se 3 (três) votos para os sócios titulares, um voto para os sócios individuais, coletivos, honorários e beneméritos.

Artigo 33 — À Assembléia Ordinária compete normalmente:

- a) Eleger o Presidente do Instituto, os membros da Diretoria e do Conselho Consultivo, os membros e os suplentes do Conselho Fiscal e preencher as respectivas vagas;
- b) aprovar o relatório e as contas da Diretoria;
- c) Autorizar a aplicação de reservas patrimoniais, segundo o plano proposto pela Diretoria;
- d) homologar as normas supletivas de omissões dos presentes estatutos adotadas pela Diretoria.

Artigo 34 — À Assembléia Geral Extraordinária compete:

- a) Reformar os presentes Estatutos, no todo ou em parte, pelo voto da maioria, em Assembléia Extraordinária, ouvido previamente o Conselho Consultivo;
- b) deliberar de acordo com o artigo 40.

## Artigo 35 — Das eleições

A eleição de membros da Diretoria será realizada na 2.<sup>a</sup> quinzena de janeiro, por escrutínio secreto, perante uma junta eleitoral instalada na sede do Instituto e nomeada pela Diretoria, podendo seus trabalhos ser fiscalizados por qualquer sócio indicado por 10 (dez) outros sócios, mediante procuração especial.

§ 1.<sup>o</sup> — A junta será composta de 5 (cinco) membros indicados pela Diretoria, sendo um deles o Presidente do I.P.H. ao qual caberá a direção dos trabalhos.

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

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

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

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

§ 6.<sup>o</sup> — Findo o prazo estabelecido para votação, a junta eleitoral procederá à apuração e lavrará a ata dos trabalhos, enviando-a imediatamente à Diretoria.

Artigo 36 — Qualquer contestação, apresentada obrigatoriamente dentro do prazo de 24 horas da apuração será examinada pela Diretoria que julgará da sua procedência ou não. Não havendo contestações, ou sendo estas julgadas improcedentes por 2/3 dos seus membros, a Diretoria proclamará eleitos os mais votados, e, no caso de empate, o mais idoso.

§ 1.<sup>o</sup> — Não sendo a contestação rejeitada por 2/3, a Diretoria, dentro do prazo de 3 dias, convocará uma Assembléia geral extraordinária, para resolver o assunto.

§ 2.<sup>o</sup> — É condição de elegibilidade, para os cargos de Presidente, Vice-Presidente e Tesoureiro, estarem os sócios em gozo dos seus direitos há mais de 2 (dois) anos.

## CAPÍTULO XI

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 37 — Os sócios, o Presidente, os Diretores, os Membros do Conselho Fiscal, Conselho Consultivo e os Representantes Estaduais e Distritais não responderão solidaria nem subsidiariamente pelas obrigações ou compromissos contraídos pelo I.P.H.

Artigo 38 — O Presidente, os Diretores, os Membros do Conselho Fiscal, Conselho Consultivo e os Representantes Estaduais e Distritais, bem como o Diretor Responsável da Revista exercerão seus cargos sem direito a qualquer remuneração.

Artigo 39 — A critério da Diretoria e atendendo a conveniência das atividades do I.P.H., poderão ser criadas Representações Estaduais e Distritais, que se regerão por regulamentos próprios, aprovados pela Diretoria.

Artigo 40 — A dissolução do I.P.H., somente será decidida com aprovação de 2/3 dos sócios em pleno gozo de seus direitos, em Assembléia Extraordinária, convocada especialmente para esse fim, na forma das Assembléias Ordinárias, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

§ 1.<sup>o</sup> — Para esta Assembléia admitir-se-á voto expresso por escrito.

§ 2.<sup>o</sup> — Verificada a dissolução, a mesma Assembléia em que isso for resolvido, decidirá sobre a forma e processo de liquidação, fazendo doação do patrimônio ao Hospital de Pesquisas Piloto.

## CAPÍTULO XII

### DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Artigo 41 — Por sorteio, o mandato de um terço dos Diretores eleitos na Assembléia de Fundação será de 2 anos; o mandato de outro terço será de 3 anos e o do último terço será de 4 anos.

§ único — O mandato do Presidente eleito pela Assembléia de Fundação será de 4 anos.

## LISTA DE PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

1. REPORT OF THE ACTIVITIES OF THE SUBCOMMITTEE ON THE DEVELOPMENT AND/OR STANDARDIZATION OF METHODS FOR THE STERILIZATION OF BEDDING, BEDDING MATERIALS AND UPHOLSTERED FURNITURE FOR 1951 — Indiana State Board of Health — Indiana — U.S.A.
2. AVERAGE NURSING HOURS PER PATIENT IN MEMBER HOSPITALS — Rochester Regional Hospital Council — Rochester — N.Y. — U.S.A.
3. PROCEDURES AND LAYOUT FOR THE INFANT FORMULA ROOM — American Hospital Association — 1949 — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois.
4. MANUAL OF HOSPITAL HOUSEKEEPING — American Hospital Association — 1952 — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois.
5. HOSPITAL LAUNDRY — MANUAL OF OPERATION — American Hospital Association — 1949 — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois.
6. READING IN HOSPITAL DIETARY ADMINISTRATION — American Hospital Association — 1952 — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois.
7. THE NUFFIELD FOUNDATION — Ninth report — The University Press, Oxford 1954 — England.
8. PLANNING GUIDE FOR RADIOLOGIC INSTALLATIONS — By the Committee on Planning of Radiologic Installations — Of the Commission on Public Relations — Of the American College of Radiology — Wendel G. Scott, M. D., Chairman — The Year Book Publishers — Inc. 200 East Illinois Street — Chicago — 1953 — U.S.A.
9. A STUDY OF DIRECT NURSING CARE CONSUMED BY PATIENTS WITH VARYING DEGREES OF ILLNESS — By Edna Bernstein, Marion Cooper, Clara Darling, Evelyn Felton, Medeline Hanson, Leila Kulibert, Susan Moore — New York University Bookstore — 1953 — U.S.A.
10. STANDARDS AND RECOMMENDATIONS FOR HOSPITAL CARE OF NEWBORN INFANTS — Full term and Premature — American Academy of Pediatrics — 610 Church Street, Evanston — Illinois — 1954 — U.S.A.
11. THE YEARBOOK FROM HOSPITAL TOPICS — Volume five — 1954 — Printed and Distributed with the Cooperation of ETHICON, INC, 1955 — by Hospital Topics — U.S.A.
12. DAS BÜRGERSPITAL BASEL — 1260 — 1946 — Herausgegeben von der Baukommission des Bürgerspitals — Basel — Suissa.
13. RATIONALISERING AV SJUKHUSDRIFTEN — Statens sjukhusutredning av år 1943 — Betänkande VIII — Stockholm 1955.
14. ALLMÄN HÄLSO OCH SJUKVARD — 1952 — Sveriges Officiella Statistik — Hälsa och sjukvard — Kungl. Medicinalstyrelsen — Stockholm 1954.
15. REPORT OF AN EXPERIMENT IN HOSPITAL COSTING — 1952 — Nuffield Provincial Hospitals Trust — 12 & 13 Mecklenburgh Square, London, W.C. 1.
16. MODERN HOSPITAL PLANNING in Sweden and other countries — by Gustaf Birch-Lindgren — 1951 — Medens — Sweden — gentileza do autor.
17. HOSPITAL ORGANIZATION AND MANAGEMENT — Capt. J. E. Stone — Fourth Edition — Faber & Faber — London.
18. BUILDING RESEARCH CONGRESS 1951 — Papers presented in Division 3 — The Rt. Hon. Viscount Samuel — 1951 — Princes Press Ltd. England.
19. ANTISEPTICS, DISINFECTANTS, FUNGICIDES, AND CHEMICAL AND PHYSICAL STERILIZATION — Edited by George F. Reddish — 1954 — Lea & Febriger — Philadelphia — Pa. — U.S.A.
20. LAW OF HOSPITAL, PHYSICIAN, AND PATIENT — By Emanuel Hayt — Second Edition — 1952.
21. INSTITUTE ON OPERATING ROOM ADMINISTRATION — American Hospital Association — 1952 — 18 East Division Street — Chicago 10, Illinois.
22. ASTM STANDARDS ON SOAPS AND OTHER DETERGENTS (with related information) American Society for Testing Materials — March 1953 — Philadelphia — Pa. U.S.A.
23. TRAINING HOSPITAL EMPLOYEES — A MANUAL — The Cleveland Hospital Council — American Hospital Association — 1953 — 18 East Division Street — Chicago 10 — Illinois.
24. TECHNICAL METHODS AND PROCEDURES OF THE AMERICAN ASSOCIATION OF BLOOD BANKS — 3rd Printing 1955 — Dallas, Texas — U.S.A.
25. INSTRUMENTOS DE CIRURGIA — Catálogo n.º 952 — Stille — 1946 — Stockholm.
26. CATALOGUE OF EQUIPMENT FOR PHYSICAL THERAPY — Stanley Cox Limited — 11 Gerrard Street, London, W. 1.
27. NESBIT-EVANS — Hospital Bedsteads, Children's Cots, and Bedstead Accessories — Wednesbury, Staffs, England.
28. DATA FOR X-RAY ANALYSIS — Volume I — By W. Parrish and B. W. Irwin — 1953 — Gentileza da Editora Industrial Teco Ltda. — São Paulo.
29. ASEPTIC OPERATING THEATRE EQUIPMENT, WARD FURNITURE AND STERILIZING APPARATUS — By Chas. F. Ihackray Ltd. — London — England.
30. DATA FOR X-RAY ANALYSIS — Volume II — By W. Parrish, M. G. Ekstein e B. W. Irwin — 1953 — Philips Laboratories Inc. — Irvington on Hudson — N.Y. — U.S.A. — Gentileza da Editora Industrial Teco Ltda. S. P.
31. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION — 56th Annual Convention — 1954 — Chicago.
32. TERMINAL HEATING OF INFANT FORMULA — V. Retention of Nutritive Value of Milk Proteins — A. Z. Hodson — Vol. 27 — n.º 6 — June 1951 — Research Laboratories, Pet Milk Company, Greenville, Illinois — U.S.A.
33. TERMINAL HEATING OF INFANT FORMULA — III — Retention of Heat-Labile Nutrients — A. Z. Hodson — Vol. 25 — n.º 2 — 1949 — Pet Milk Research Laboratories Greenville — Illinois — U.S.A.
34. TERMINAL HEATING OF INFANT FORMULA — I. Bacteriological Investigation of Low-Pressure Technique — F. R. Smith, R. D. Finley, H. J. Wright, and E. A. Louder — Vol. 24 — n.º 9 — 1948 — Pet Milk Research Laboratories — Greenville — Illinois — U.S.A.
35. PRINCIPLES AND FACILITIES FOR THE CARE OF NEWBORN INFANTS IN THE HOSPITAL — Reprinted from The Journal of the American Medical Association — Vol. 146 — n.º 16 — 1951 — Lawrence B. Slobody, M.D. and Helen M. Wallace, M. D. New York.
36. PREVENTING NIPPLE CLOGGING — A uniform flow of formula results if rubber nipples have crucial incisions instead of punctured holes — By Marjorie Peto, R. N. — Vol. 50 — n.º 8 — 1950 — Reprinted from the American Journal of Nursing — Vol. 50 — n.º 8 — N.Y. — August 1950.

37. CONVERTING TO TERMINAL FORMULA HEATING — Two St. Louis hospitals have achieved success by making use of the facilities available — By H.E.O. Heineman, Grace Huey, R.N., Elizabeth O'Connell, R.N., and Ann J. Campbell, R.N. — Vol. 51 — 1951 — Reprinted from the American Journal of Nursing — October 1951.
38. SÖDERSJUKHUSET — By chief architect HJALMAR CEDERSTROM — 1946 — Stockholm.
39. SÖDERSJUKHUSET — Vägvisare inom Sodersjukhuset — Stockholm.
40. INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION — Federation Internationale des Hopitaux — Constitution — 10, Old Jewry — London — 1955.
41. FAGERSTA LASARETT — Av arkitekt SAR Anders Tengbon — 1951 — Särtryck ur Tidskriften Byggmästaren Nr. 12 — Stockholm.
42. DEN NYA BARNKLINIKEN VID LUNDS LASARETT — Arkitekter: G. Birch-Lindgren och S. Hornyanszky — 1953 — Axel R. Elfströms Boktryckeri A. B. Stockholm.
43. TROPICAL HOSPITALS — SOME OBSERVATIONS ON THEIR PLANNING — By Gustaf Birch-Lindgren — Reprinted from the West African Medical Journal — Vol. II — n.º 4 — December 1953.
44. BARNKLINIKEN, HELSINGFORS — The Children's Clinic of Helsingfors — 1947 — Arkitekten n.º 9 — 10/1947.
45. KAROLINSKA SJUKHUSET — Vägvisare.
46. HEALTH CENTRE AT CORBY — Northamptonshire — R. Llevelyn Davies, J. Weeks, Walter Goddard Gotch, Saunders and Surridge — Reprinted from the Architects' Journal — August 19, 1954.
47. HOSPITAL AND MORTUARY EQUIPMENT — By Gibbons — St. John's Works, Wolverhampton 74 Southampton Row, London, W.C.1. — 1953.
48. AVDELNINGAR FÖR BARNBÖRD OCH KVINNOSJUKDOMAR — Centrala Sjukvårdsberedningens Publ. P. A. — 1945 — Statens Reproduktions anstalt — Stockholm.
49. CENTRALDISPENSARER — av Kungl. Medicinalstyrelsen — 1951 — Centrala Sjukvårdsberedningens publication P 7.
50. BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE GESICHTSPUNKTE BEI DER KRANKENHAUSPLANUNG — Von Architekt SAR M. E. Molander — Sonderdruck de Zeitschrift "Das Krankenhaus" — Heft 7/1953.
51. KUNGL. MEDICINALSTYRELSEN — Statistika avdelningen — 1952.
52. REPORT ON NUMBER OF BEDS, PATIENTS, ETC, AT KAROLINSKA SJUKHUSET DURING — 1952.
53. MEGACOLO — NOVA TECNICA DE RESSEÇÃO — Por José Finochiaro — Separata do "Anais do IV Congresso Brasileiro de Proctologia" — 1955 — São Paulo.
54. YOU AND YOUR BABY — By The Research Division of Pet Milk Company — 1955 — St. Louis — U.S.A.
55. THE NUFFIELD FOUNDATION DIVISION FOR ARCHITECTURAL STUDIES — London.
56. U. V. — ENTKEIMUNG IN INDUSTRIE UND LABORATORIUM — Quarzlampen Gesellschaft M. B. H. — Hanau — Gentileza da Casa Lohner S/A. Médico Técnica — São Paulo.
57. VENTILADORES WILHELM BERNAUER LTDA. — São Paulo. — Tabelas Técnicas.
58. SINALIZAÇÃO HOSPITALAR — Sistema de chamadas de enfermeiras — Sincron — São Paulo.
59. INCUBATOR — MDOM-10 for 110, 127 and 220 volts a.c. and 220 volts d.c. MDOP-10 for 220 volt. a.c. and d.c. = AGA. Svenska AB Gasaccumulator — Stockholm.
60. STAINLESS STEEL HOLLOWARE — for Hospitals Food and Chemical Factories — The Taylor Rustless Fittings Co. Ltd. London- England.
61. L'HOPITAL DES BOURGEOIS BALE — Resumo estatístico.
62. MERKBLATT UBER DAS KANTONSSPITAL ZURICH.
63. DAS NEUE UNIVERSITATSSPITAL IN ZURICH — 1942-1953 — Separat abdruck aus dem "Werk Heft" — November 1953.
64. DAS NEUE UNIVERSITATSSPITAL IN ZURICH — 1942-1953 — Übersichtsplane 1:3000 — Separat abdruck aus dem "Werk Heft" — November 1953.
65. DAS NEUE UNIVERSITATSSPITAL IN ZURICH — 1942-1953 — Neuentwickelte Einzelheiten der Konstruktion und Ausstattung — Separat abdruck aus dem "Werk Heft" — November 1953.
66. REVISTA TÉCNICA DE PLANEJAMENTO HOSPITALAR — n.º 1 — 1955 — Rio de Janeiro.
67. MEDIZINAL-MARKT — Fachblatt fur Medizinisch-Technischen Bedarf — 5 — 1953 — Helios-Verlag GMBH — Berlin.
68. MEDIZINAL-MARKT — Fachblatt fur Medizinisch-Technischen Bedarf — 12 — 1954 — Helios-Verlag — GMBH — Berlin.
69. RECOMMENDATIONS FOR SAFE PROCEDURES IN INFANT FORMULA ROOM CONTROL H. E. O. Heineman — Pet Milk Company, St. Louis — Missouri — U.S.A.
70. LASTENKLINIKKA, HELSINKI — The children's Clinic of Helsinki — Arkkitehti — n.º 9 — 10/1947.
71. INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION — List of Members — 1954 — 10 Old Jewry — London.
72. THE INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION — 10 Old Jewry — London.
73. RAD OCH ANVISNINGAR RORANDE PLANLAGGNING OCH UTRUSTNING AV RONTGENAVDELNINGAR — 1953 — Centrala Sjukvårdsberedningens Publikation P 6.
74. RAD OCH ANVISNINGAR RORANDE PLANLAGGNING AV DISTRIKTSTANDPOLIKLINIKER — 1954 — Centrala Sjukvårdsberedningens Publikation P 10.
75. RAD OCH ANVISNINGAR RORANDE PLANLAGGNING OCH UTRUSTNING AV AVDELNINGAR FOR ORON NAS OCH HALSSJUKDOMAR — 1950 — Centrala Sjukvårdsberedningens Publikation P 5.
76. RAD ACH ANVISNINGAR RORANDE PLANLAGGNING AV ANSTALTER FOR KRONISKT SJUKA — 1952 — Centrala Sjukvårdsberedningens Publikation P 9.
77. HEALTH SERVICE AREAS — Requirements for General Hospitals and Health Centers — Public Health Bulletin — n.º 292 — U.S. Public Health Service — Washington D.C.
78. RAD OCH ANVISNINGAR RORANDE PLANLAGGNING OCH UTRUSTNING AV MOTTAGNINGSLOKALER INOM DEN FORE-BYGGANDE MODRA- OCH BARNAVARDEN — 1945 — Centrala Sjukvårdsberedningens Publikation P 3.
79. MEDIZINAL MARKT — n.º 1 — 1953 — Helios-Verlag GMBH — Berlin.

**MANUAL DE ROTINAS DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA**

O dr. Geraldo José da Rosa e Silva, junto com seus colaboradores do Hospital dos Servidores do Estado, acaba de publicar o manual de título acima, em que estão minuciosamente especificados todos os diversos processos de rotina, adotados no Hospital dos Servidores do Estado. É uma obra que estava faltando e virá ser de utilidade para quantos se dedicam ao assunto. O volume consta de pouco menos de 180 páginas e está bem impresso e bem apresentado.

**LEGISLAÇÃO SÓBRE ENFERMAGEM**

Visando completo estudo da legislação brasileira sôbre enfermagem, o Serviço Especial de Saúde Pública acaba de lançar um levantamento de tudo quanto já se fez no país neste terreno. O primeiro documento legal inscrito neste trabalho é um decreto do Governo Provisório do marechal Deodoro da Fonseca, criando uma escola de enfermeiros junto ao Hospício Nacional de Alienados, no Rio, enquanto o último é a Lei federal, de n.º 3.160, que manda aproveitar como segundos-tenentes as enfermeiras que serviram durante a guerra na FEB.

Nossa primeira Escola de Enfermagem foi criada em 1890, pelo decreto 791, que a mandava instalar, para enfermeiros e enfermeiras, em dependências do Hospício Nacional de Alienados. Dentre os aspectos curiosos da proposição, assinada pelo marechal Deodoro e seu secretário de Estado, Cesário Alvim, há o currículo, que foi determinado no artigo terceiro, compreendendo três partes: a) Noções práticas de Propedêutica Clínica; b) Noções de Anatomia, Fisiologia, Higiene Hospitalar, curativos, pequena cirurgia, etc.; c) Administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias.

**CURIOSIDADES DO 791**

Para ser admitido à Escola — dizia o decreto 791 — deviam os "pretendentes ter pelo menos, 18 anos; saber ler e escrever corretamente e conhecer a aritmética elementar, além de se obrigar a apresentar "atestações" de bons costumes. Os alunos poderiam ser internos, não excedendo de trinta, que ganhariam aposentos e alimentação e gratificação de 20 mil réis mensais no primeiro ano e 25 no segundo; não havendo estipulação quanto aos externos".

Pelo artigo quinto do referido dispositivo de lei era dito que "aos alunos que se distinguirem nos exames serão conferidos prêmios até 50 mil réis". Um diploma seria conferido a todos os concluintes, que poderiam realizar o curso em dois anos, no mínimo.

**PROF. GONÇALVES FERNANDES  
INICIAÇÃO À PSQUIATRIA SOCIAL**

**Publicação do Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais (do Ministério da Educação e Cultura), Recife, 1958, 165 páginas.**

O autor se bate por um melhor aproveitamento dos conhecimentos adquiridos nos campos da psicologia e da sociologia para estudos médicos. Mostra, entre muitos outros aspectos, como a sintomatologia dos processos psiquiátricos e dos desvios de comportamento (como na criminalidade) dependem da experiência pregressa do indivíduo e da cultura dentro da qual se plasmou. É um livro de vanguarda, que merece toda atenção.

M. P.

**"HOSPITAL DE HOJE" EM FOCO****CARTAS RECEBIDAS**

atestando o interesse que a revista está despertando em nosso meio:

**PROF. MAURY PINTO DE OLIVEIRA**

Médico Consultor Hospitalar da Diretoria de Saúde da Marinha. Professor de Organização e Administração Hospitalar do Centro de Estudos da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Distrito Federal e do Curso de Organização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diretor do Escritório Técnico Maury Pinto de Oliveira Rio. Consultoria Hospitalar.

Acabamos de receber o último número da revista "Hospital de Hoje", órgão oficial do IPH.

Permita-nos externar, Senhor Diretor, a grande admiração que temos pela maneira desprendida com que se tem conduzido o IPH, sem regionalismo e personalismo, extendendo a todo Brasil os benefícios de um Hospital melhor para bem servir ao **Doente**. Como é do conhecimento de V. S., Senhor Diretor, há 17 anos como Consultor exercemos esta especialidade, e no Rio de Janeiro, mercê da compreensão de homens evoluídos, temos trabalhado bastante. Neste momento os maiores hospitais estão sob nossa orientação, e foram projetados por este seu companheiro de ideal. Assim temos:

- 1 — Hosp. Marinha — 1.200 leitos
- 2 — Hosp. Souza Aguiar (Novo P. Socorro — 445 leitos)
- 3 — Cruz Vermelha — 700 leitos
- 4 — Hosp. Beneficência Portuguesa — 600 leitos — por consequência sob a orientação indireta do I.P.H.

Esperamos, outrossim, junto ao Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães, Representante do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares na Capital da República, traçar uma grande campanha em favor do IPH.

Apresentamos sinceras congratulações, reiterando aqui os nossos protestos de consideração e elevada estima.

"PELO IDEAL DE MAIS E MELHORES HOSPITAIS PARA O BRASIL" e acrescentamos sem Regionalismos e Personalismos.

Cordialmente

a) Maury Pinto de Oliveira"

## RUIDOS EM ENFERMARIA

Interrogado, certa vez, sobre quais as medidas preconizadas para reduzir os ruídos desnecessários presentes em uma unidade de enfermagem, respondeu, com certa ironia, o chefe do corpo clínico do hospital Torquay, que esta mesma indagação deveria ser feita a um chefe de estação de estrada de ferro pelos que desejavam torná-la silenciosa. Entretanto, esta questão vem preocupando, de há muito, os administradores de hospitais e na última reunião anual do corpo clínico do hospital "King Edward", de Londres, o problema foi debatido exaustivamente e as medidas, julgadas aconselháveis para se conseguir algo de prático, foram publicadas em um folheto ("Noise Control in Hospital, 1958, King Edward's Hospital Fund for London").

As conclusões aí enfileiradas resultaram do exame das respostas de um inquerito realizado em cerca de 15 hospitais. Inicialmente, levou-se em consideração a intensidade do som, avaliada em decibel, mas esta conduta mostrou-se falha, pois, acima da intensidade, a natureza do ruído se revelou muito mais nociva para os pacientes. Aliás, isto constitui fato conhecido. Qual a pessoa saudável e com o sistema nervoso controlado, que suporta na calada da noite o bater de saltos de sapato sobre o assoalho do andar superior sem se irritar?

Entre os ruídos mais incomodativos de uma enfermagem, sublinham os pacientes o tinir de molhos de chaves, o ranger das dobradiças das portas e janelas e o ruído das rodas das macas girando em eixos mal lubrificadas. Igualmente — o que não surpreende — o barulho das campainhas e do telefone foi mencionado com certa frequência. Ora, com medidas de execução fácil, estes ruídos podem ser suprimidos ou então reduzidos ao mínimo. Recomendam ainda os colaboradores da reunião citada, o revestimento das pias de serviço com material de borracha e a substituição dos utensílios metálicos das copas por material plástico.

## REPORT OF THE STUDY TOUR OF HOSPITALS

IN THE GERMAN FEDERAL REPUBLIC, June 3rd-14th, 1958

A International Hospital Federation, 34, Kingstreet, London EC-2, publica um muito interessante relatório, condensando as observações feitas durante a viagem de estudos na Alemanha que organizou com sucesso impar, em colaboração com a Associação Alemã de Hospitais. Tal condensação permite, a quem a ler com atenção, compartilhar — senão das amenidades sociais e da vista das belas paisagens alemãs percorridas — pelo menos das observações técnicas feitas pelos 200 participantes, de 20 países, com referência às aquisições hospitalares feitas depois da última guerra pela Alemanha. Num primeiro capítulo é resumido o roteiro do grupo.

São depois incluídos trabalhos de 2 técnicos alemães, srs. W. Adam e W. Eichholz, resumindo a organização médico-social da Alemanha e os principais preceitos na administração de seus hospitais. Em dezembro de 1956 a Alemanha contava com 1,36 médicos e 10,7 leitos totais, assim como 6,5 leitos gerais por 1000 habitantes. Os hospitais gerais recentemente construídos possuem área de 40 a 70 metros quadrados por leito, construídos a um custo de 240 a 450 marcos por m<sup>2</sup>. A manutenção fica em média geral em 5000 marcos por ano.

É de grande interesse a amplitude das funções que assume a Associação Alemã de Hospitais. Tem, por exemplo, comitês para problemas de pessoal, de reforma social, de taxas, de demanda para facilidades hospitalares, etc. Cooperam estreitamente com o Instituto Alemão de Hospitais, organismo de pesquisa técnico-científica no âmbito hospitalar, e o "Grupo de trabalho HOSPITAL ALEMÃO", que congrega representantes das profissões necessárias ao funcionamento dos hospitais.

Há problemas de falta de pessoal, porque a demanda para pessoal técnico cresce com os progressos da medicina e também porque o número de hospitais e leitos hospitalares continua ainda em ascensão na Alemanha.

O relatório prossegue descrevendo as características técnicas principais dos hospitais visitados, muitos já de fama internacional (Marl, Leverkusen, Dusseldorf: este último merecerá próximamente publicação em HOSPITAL DE HOJE) e em outro capítulo apresenta as impressões do grupo quanto aos particulares observados, em geral.

M. P.

### Sección de Estudios sobre Hospitales y Beneficencia del Colegio de Médicos de Barcelona

Em novembro de 1955 foi organizada uma Seção de Estudos Hospitalares no Colégio de Médicos de Barcelona. Visa tornar conhecida em Espanha a doutrina hospitalar, trazer aos hospitais a colaboração conciente da classe médica e revisar os problemas técnicos, financeiros e de relações com os poderes públicos que se apresentam.

Desde maio de 1957 a Seção edita uma interessante publicação aperiódica denominada "Estudios sobre Hospitales y Beneficencia", que pode ser obtida mediante remessa de uma anuidade de 50 pesetas somente.

(Endereço, Via Layetana 31 — Barcelona).

Como homenagem ao alto nível da referida publicação, e também homenagem à elevada compreensão de problemas hospitalares dos médicos catalães que nela colaboram, em equipe dirigida pelo Dr. Ignacio Maria Aragó, membro da Comissão Provincial de Coordenação Hospitalar, reproduzimos algumas páginas do 3.º número, dedicado à

### D. — JERARQUÍA HOSPITALARIA. RED HOSPITALAR

#### Jerarquía hospitalaria

Es una disposición esencial a la legislación hospitalaria actual la clasificación de los hospitales según su importancia. Importancia que no significará únicamente su volumen, capacidad, etc., sino también su calidad y su radio de atracción, teniendo en cuenta su valor como centro de enseñanza, para la formación del cuerpo médico y auxiliares. Se dividen pues en tres clases de hospitales: Hospitales, Centros hospitalarios y Centros hospitalarios regionales (18).

Categorías principales:

**Los grandes hospitales** que prestan todos los servicios muy especializados: neurocirugía, radioterapia, etc. Se trata con frecuencia de servicios sumamente caros que podrían facilitarse en los hospitales generales de toda la región. Por lo general, son hospitales clínicos dedicados a la enseñanza de los estudiantes de medicina y enfermería y del personal auxiliar, y suelen estar situados en una gran ciudad. Existen además los **hospitales regionales o de distrito**, donde se facilitan servicios especializados de naturaleza menos compleja, en ciudades de mediana importancia, destinados a atender a las necesidades de una zona o comarca extensa. **En tercer lugar, hay una serie de pequeños hospitales** que tienen un carácter esencialmente general. En algunos de los más importantes, hay médicos generales que se han especializado en alguna materia, como Obstetricia u Oto-rino-laringología, por ejemplo.

**Los establecimientos menores**, que cuentan con cincuenta camas a lo sumo, están exclusivamente atendidos, en muchos casos, por médicos generales que pueden, si es necesario, consultar con especialistas.

Existe, por último, en zonas lejanas y sobre todo en países insuficientemente desarrollados, una clase de **hospital local**, que está a cargo de uno o varios médicos generales del lugar, o servido por un equipo de médicos, enfermeras y auxiliares de un centro vecino.

Hablando en términos generales, el sistema que se sigue consiste en admitir al enfermo en uno de los establecimientos pequeños, y si se comprueba que es necesario un examen o un tratamiento más especializado, se le traslada a uno de los grandes hospitales regionales o de distrito que puede ofrecer estos servicios.

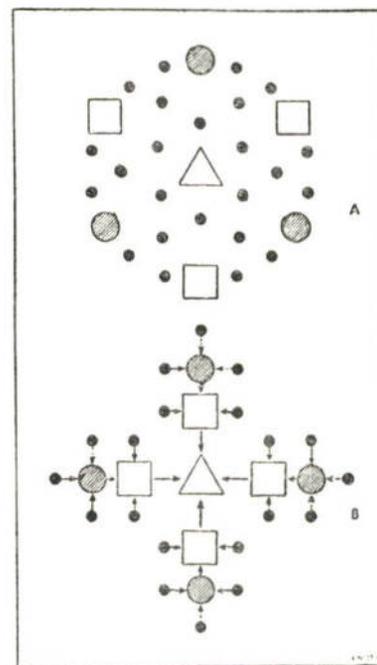
Con frecuencia, el movimiento de enfermos de un hospital de una categoría a otro de otra, se hace en ambos sentidos según el estado de cada caso. Así, por ejemplo un convaleciente que procede de un hospital a un establecimiento menor, próximo a su domicilio, o, si no necesita más servicios especializados, a un hospital de carácter más general.

#### Red de hospitales

En donde se ha aplicado bien el sistema de regionalización, existe una red de hospitales de diversa importancia, distribuidos en todo el país. Hay pequeños hospitales rurales provistos cada uno de un número de camas que oscila entre 15 a 50, que tienden a una población rural de 5 a 10.000 habitantes y disponen por lo común, de servicios generales de medicina, cirugía y obstetricia, y de un consultorio. Viene después, en orden ascendente, el hospital de zona, donde hay 70 a 150 camas, según la población, y que cuenta con departamentos especializados de medicina, cirugía, ginecología, obstetricia, oftalmología, urología y pediatría y presta ayuda importante a los pequeños hospitales rurales de su zona, los cuales, sin embargo, no están bajo su dependencia administrativa, porque no existe una jerarquía entre las diversas categorías de hospitales.

Siempre en nivel ascendente, está en tercer lugar el hospital de base, que tiene, por ejemplo, 600 o más camas y puede facilitar cualquier clase de asistencia especializada.

Con el sistema regional o sin él, en todas partes hay hospitales de esas categorías. Cuando los diversos hospitales públicos o privados están esparcidos en toda una zona, suele haber cierta falta de coordinación y no es improbable que se observen duplicidades innecesarias en el equipo y en los servicios (19).



A = Estadio primitivo    B = Regionalización clásica  
 △ Centro hospitalario regional    ○ Hospital local  
 □ Centro hospitalario subordinario    ● Hospital rural

Figura 2

#### Importancia de la red hospitalaria

Para que exista una verdadera red, es preciso que estas instituciones estén ligadas entre sí unas a otras y se establezca una determinada jerarquía, no en el sentido de subordinación técnica, sino de repartición de buenos servicios a la población, distribuyéndose los varios hospitales entre sí, los frutos de su experiencia.

Pero para que se establezca una red de éstas, es indispensable un serio planeamiento, que aporte la localización más indicada a cada una de las varias unidades, de manera que actúen en conjunto, completándose. Dentro de cada región o red hospitalar habría que contar con un hospital base para investigación, enseñanza y asistencia a los hospitales de distrito, rurales, centros de salud. Todo esto articulado. Los servicios prestados por los diversos núcleos serían distintos y no realizarían, en condiciones precarias, intervenciones complejas que exigen otro material.

Representando la red hospitalar un esfuerzo de organización en que un planeamiento previo substituye la fantasía o los intereses inmediatos, es claro que participa de los beneficios propios de una buena organización que pueden resumirse en una sola palabra: eficiencia.

Mucha buena voluntad pública y privada se ha derrochado hasta ahora en la construcción de hospitales, pero nadie ha pen-

(18) J. Deprun. Inspector General de la Salud Pública. "Les Etablissements hospitaliers". — Techniques hospitalières. N.º 37, rue de Montholon, Paris.

(19) Organización Mundial de la Salud. — X Asamblea Mundial de la Salud. Crónica junio-julio 1957.

## NUEVO ESQUEMA DE REGIONALIZACIÓN HOSPITALARIA

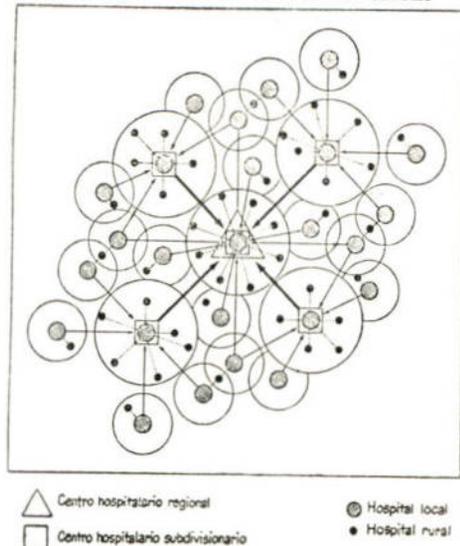


Figura 3

sado suficientemente en los términos de red hospitalaria y es ya tiempo de pensar de este modo, a fin de que los hospitales existentes rindan más y la población reciba de ellos, todos los beneficios que puede justamente esperar en beneficio de su salud (20).

### Hospital autónomo: fórmula prescrita

No se sabe hasta qué punto el papel del hospital se ha modificado luego de la primera guerra mundial. En el plan teórico, nuestras concepciones sobre la contextura de un armamento hospitalario equilibrado, han sobrepasado rápidamente la noción del hospital intercomunal. Es en el escalón regional que se estima hoy en día establecer toda una gama de hospitales cuidadosamente jerarquizados y articulados, cada uno de los cuales, asegurando ciertas necesidades y el conjunto constituyendo un mismo organismo, la eficacia del cual depende estrechamente de la interdependencia de todos sus elementos.

Importa mucho que nuestros enfermos puedan, sin formalidades insuperables, pasar de un hospital a otro, sea cual sea su importancia, para volver luego al hospital comunal y puedan luego transferirse a un establecimiento de convalecencia. Esto no es posible sin una organización hospitalaria bien coordinada en la cual el hospital autónomo es una fórmula prescrita e irracional (21).

### E. — CONCEPTO DE REGIONALIZACIÓN

Los hospitales no pueden ser concebidos como totalmente autónomos, sino cuando se hallan situados, por razones geográficas, en regiones aisladas donde la distancia a un gran hospital urbano es tal, que el transpor-

te de enfermos tropieza con dificultades considerables. En todos los otros casos, el hospital rural debe integrarse dentro del plan general de regionalización hospitalaria.

Para bien comprender lo que el concepto de regionalización aporta de nuevo, es necesario analizar los trazos esenciales de la organización de antes.

1. A finales de siglo, la especialización de la medicina era apenas esbozada.
2. El transporte de enfermos se hacía a la velocidad de las caballerías y en precarias condiciones de confort.
3. Los hospitales eran organizaciones de caridad.

El primer hecho explica la razón del porqué los hospitales eran concebidos como autónomos y complejos; todas las enfermedades podían ser curadas en sus salas.

La segunda noción permite comprender la dispersión de los establecimientos hospitalarios y la multiplicación de pequeños hospitales.

El tercer trazo explica que estos establecimientos hospitalarios hayan albergado un número variable de crónicos, de inválidos y de viejos, y que en consecuencia la adaptación del número de camas a la población a servir no haya provocado problemas.

El plan hospitalario podía, pues, ser concebido de una manera muy simple. Comprendía establecimientos situados a los nudos de un filamento donde las mallas median alrededor de una vintena de kilómetros. Cada establecimiento se esforzaba en responder a la totalidad de las demandas de su sector geográfico; poseía servicios de medicina, de cirugía, de maternidad, de contagios, según una proporción determinada por la experiencia. El número de camas era fijado en la práctica por la importancia de los fondos disponibles en el momento de su construcción.

Los profundos cambios efectuados desde hace cincuenta años en todos los dominios de la actividad intelectual y social, han conducido a un trastorno de la concepción elemental citada.

1. La especialización ha intervenido en cada una de las ramas esenciales de la patología.
2. Es inútil insistir sobre la facilidad de los transportes en los modernos Estados.
3. El carácter caritativo de los hospitales del pasado, ha sido progresivamente reemplazado por el principio universal de los establecimientos modernos que reciben, ahora, todas las clases sociales.

Todas estas razones hacen que el concepto de regionalización haya nacido y se haya desarrollado en los Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia, Portugal, Checoslovaquia y que la organización hospitalaria de la mayoría de los países más o menos se inspire en el mismo.

Este concepto consiste en substituir el sistema elemental por un sistema jerárquico y coordinado que hace de todos los establecimientos hospitalarios, las piezas de un conjunto cuidadosamente articulado.

En un principio, mediante este sistema jerárquico y coordinado, todos los casos encuentran un establecimiento hospitalario donde pueden ser recibidos. Las personas afectadas de enfermedades especiales, pueden ser obligadas a desplazamientos importantes al interior de la región, pero los casos ordinarios encuentran un servicio adecuado a una distancia que no excede jamás al radio de circunscripción local.

### Centro hospitalario regional

En las ciudades más importantes de la región, donde se encuentran coordinados los elementos más especializados de la vida social moderna, se encuentra un complejo hospitalario formado por establecimientos y servicios que asumen tres funciones esenciales.

1. **Función regional.** — Uno o varios hospitales soportan la gama completa de los servicios especializados, susceptibles de recibir los enfermos alcanzados de las afecciones más raras. Estos son, en particular, el servicio anticanceroso, los servicios de neuro-cirugía, gran cirugía torácica, etc.

Los clientes que frecuentan los servicios altamente especializados del centro hospitalario regional proceden de toda la región. Observemos que 1'5 a 2 millones de habitantes justifican la individualización de servicios de 50 a 60 camas cada uno.

2. **Función subregional.** — Se caracteriza por la presencia, en el centro hospitalario regional, de los servicios especializados corrientes, pediatría, gastro-enterología, ginecología, dermatología, cirugía, obstetricia, cardiología, oto-rino-laringología, oftalmología, urología, etcétera.

Estos servicios pueden reclutar normalmente enfermos procedentes de una subdivisión de la región donde la población varíe de 300.000 a 500.000 habitantes.

Cada uno de estos servicios comprenderá una o varias unidades de curas de 20 a 30 camas.

3. **Función local.** — Es representada por servicios y hospitales complementarios que se encargan del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades corrientes que sobrevienen entre los habitantes de la ciudad y de sus alrededores inmediatos. Estos servicios serán consagrados a la medicina general, a la cirugía general, a la maternidad, a las enfermedades contagiosas y a la admisión y selección de tuberculosos y de enfermos afectados por enfermedades sociales o endémicas.

La población así servida, varía según la importancia de la ciudad, pero no desciende por debajo de 60.000 habitantes. El cen-

(20) J. Reis. Revista "Hospital de hoje del IPH. Vol. 8, tercer trimestre 1957.

(21) X. Leclainche. Revue de l'Assistance Publique a Paris. N.º 41. Mayo-junio 1956.

## ILUSTRACION DE LA NOCION DE ISOCRONIA

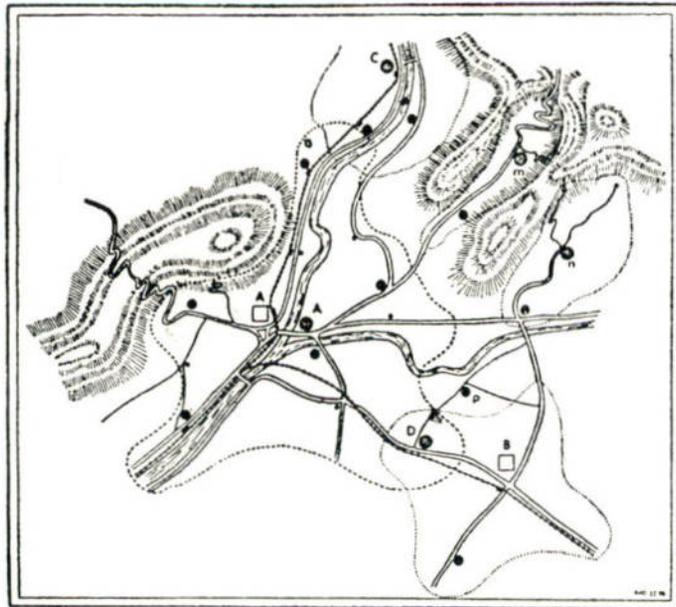


Figura 4

□ Centro hospitalario subdivisiario  
 ● Hospital local  
 ● Hospital rural  
 ..... Isocrona de 60 minutos  
 — Isocrona de 30-45 minutos

tro hospitalario regional asume la coordinación de todos estos servicios y el cumplimiento de estas tres funciones, gracias a uno o varios establecimientos según el número de camas necesarias.

La capacidad óptima para los grandes hospitales, se sitúa alrededor de las 600 camas; el equipamiento de un centro regional situado en una circunscripción local de más de 100.000 habitantes, necesitará al menos dos establecimientos.

### Centro hospitalario subregional

La región que ha sido tomada como base de partida, se divide en dos o tres subdivisiones con una población cada una de 300.000 a 500.000 habitantes. Ya hemos visto que los casos requiriendo servicios de especialidades raras deben ser dirigidos hacia el centro hospitalario regional, pero los casos señalados de especialidades corrientes, que provienen de otras subregiones distintas de aquella donde se encuentra el centro hospitalario regional, deben poder ser cuidados en los centros hospitalarios subregionales. Ellos asumen una doble función:

1. La función subregional que engloba todo o parte de los servicios de especialidades corrientes. Recordemos que 300.000 a 500.000 habitantes dependen de ella.

2. La función local por la ciudad y sus alrededores, donde está situado el centro hospitalario subregional. Por lo menos 60.000 habitantes recurren a los servicios de medicina y cirugía generales, de maternidad y de contagios.

### Hospital local

Cada subregión está dividida de 2 a 4 circunscripciones locales; los casos señalados

de función local en las circunscripciones que no posean ni centro hospitalario regional ni centro hospitalario subregional, deben hallar sitio en un establecimiento hospitalario simples. Este asume una función ya definida, correspondiente a la medicina general, a la cirugía general, a la maternidad y al aislamiento de las enfermedades contagiosas. Esquemáticamente el hospital local, sirve pues de 50.000 a 60.000 habitantes.

El análisis detallado de las necesidades sanitarias revela que, en muchos casos, no es posible contentarse con el esquema teórico esbozado muy por lo alto. Resulta bien claro que los centros de protección maternal e infantil, los servicios de despistaje de enfermedades sociales, las consultas externas de curas, deben ser descentralizados a fin de poder estar a la puerta de todas las poblaciones. En la ciudad el hospital está rodeado de un cierto número de dispensarios de higiene, de medicina preventiva y de curas, instalados en los barrios y en las afueras. En el campo, los mismos elementos se encuentran localizados en núcleos de población, pueblos y villas, cabezas de partido de circunscripción elemental

En la mayoría de los países, las ciudades donde pueden ser edificados centros hospitalarios subregionales y hospitales locales bien equipados no constituyen una red bastante tupida sobre todo el territorio para que los isócronos se ocupen sin dejar lagunas no servidas.

Resumiendo: todo lo que se halla en el interior de los isócronos, puede ser servido normalmente por hospitales urbanos; todo lo que está fuera, necesita una organización hospitalaria especial.

Todo lo que está situado al exterior del isócrono, será considerado como rural y podrá guardar el esquema unicista tolerando el

hospital-centro de la salud tipo, con camas de hospitalización.

### Concepto de isocronía

La figura 4 reproduce una región accidentada donde los ríos y las montañas constituyen obstáculos naturales al transporte. Resulta de su examen que las necesidades hospitalarias de los enfermos residentes en las regiones rurales envueltas por los isócronos de 60 minutos alrededor de la gran ciudad A, y de 30 a 45 minutos alrededor de las ciudades B y C, pueden perfectamente ser cubiertas por los establecimientos situados en estas aglomeraciones.

La ciudad D, situada a menos de una hora de A y hacia una media hora de B, no tiene necesidad de un establecimiento hospitalario completo.

Por el contrario, las zonas rurales que agrupan cada una más de 20.000 habitantes dispersos, y que comprenden los pueblos m y n, están situados a excesivas distancias de los centros de tratamiento y deben recibir un tipo cualquiera de organización, de asistencia médica con hospitalización. Es por esto que pueden desenvolverse los hospitales rurales, asegurando a las poblaciones de sus distritos las ayudas elementales.

Por el contrario, el pueblo p, situado en una región llana, no presenta una importancia demográfica suficiente para que sea posible de asignarle un establecimiento con camas de hospitalización. Sus habitantes pueden ir, a costa de 10 ó 15 minutos de transporte suplementario, bien a la ciudad A, bien a la ciudad B. Pero si la población del pueblo lo justifica, conviene dotarlo de un centro de salud, pudiendo tolerar consultas externas de curas.

En el mismo caso, con mayor motivo, el de la ciudad D que, considerada como dependiente de las ciudades A y B para la hospitalización propiamente dicha, debe poseer, sin embargo, uno o varios centros de curas y de medicina preventiva.

Asistimos aquí a una separación de las funciones del hospital y del centro de salud rural (22).

## 3. ORGANIZACIÓN Y ECONOMÍA

### A. — ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Organización y método es la reunión de técnicas, procedimientos y raciocinios, que tienden a la perfección y organización científica del trabajo. Organizar es simplificar las cosas complicadas y no complicar las cosas sencillas. Un buen método presupone orden en las ideas y en los actos y no se puede poner orden si no se ha sabido llevar las cosas a su simplicidad natural (23).

(22) R. F. Bridgman. "L'hôpital rural". 1954. Organización Mundial de la Salud.

(23) J. Giménez Arribas. Documentación Administrativa. Enero 1958. Secretaría General Técnica. Presidencia del Gobierno.

## 1. Racionalización del trabajo en el hospital

Un hospital busca en la Productividad la manera de "asistir el mayor número de enfermos, en las mejores condiciones posibles, con el mínimo gasto y en el tiempo más corto". Las normas de Productividad se aplican siempre que se trata de mejorar algo y son adaptables a cualquier actividad humana (24).

La productividad sólo prospera en un ambiente propicio, es decir, cuando los espíritus están impregnados de productividad. Una organización eficaz supone que cada cual, en todos los escalones del sistema, se interese por la Organización; que ha comprendido bien sus principios, líneas generales y fines y que pone de su parte el esfuerzo necesario para garantizar la buena marcha de la Organización.

La Dirección y Administración de un establecimiento tan complejo, como es un Hospital, son tributarias de las modernas técnicas de la Organización Científica del Trabajo.

— Mejora de los métodos de trabajo. Siempre es posible mejorar un método. La primera medida a tomar para mejorar la marcha de un hospital, es un estudio racional de los métodos de trabajo, seguidos en él, analizando con detalle las distintas actividades que se realizan para mejorarlos y conseguir un aumento de la Productividad de ese Hospital con los mismos medios de que se dispone.

— Relaciones Humanas. Relaciones entre los hombres que trabajan en el Hospital con objeto de fomentar su cooperación eficaz, pues a través de ella se logra una mayor satisfacción en el trabajo y un aumento sustancial de la productividad. Relaciones entre el personal del hospital y los enfermos, con objeto de hacer más agradable su estancia; el enfermo es huésped del hospital. Relaciones entre el personal del hospital y los familiares del enfermo, y por último: relaciones entre el hospital y la población.

— Adiestramiento y formación del personal: dirigentes, jefes, personal subalterno y personal auxiliar. Es preciso poner a cualquier miembro del hospital en condiciones de que pueda aumentar su rendimiento. Los dirigentes en primer lugar, pues la productividad de un hospital es igual a las instalaciones, más el material, más la organización, más el personal, más la administración, el todo en función de la Dirección:  $P = D (I+M+O+P+A)$ .

— Control de los costes. Precio de coste es el valor de todo lo consumido, sean materiales, horas de trabajo, estudios, ideas, instalaciones, etc. Está esencialmente ligado a un método administrativo, a un concepto financiero y a la organización general del

(24) A. Comamala. Estudios sobre Hospitales y Beneficencia. 1956.

hospital. El control de los precios de coste es indispensable para comprobar la buena gestión técnica y administrativa de un hospital.

Hemos citado las cuatro materias principales que deben tenerse en cuenta cuando se intente elevar la Productividad de nuestros Hospitales (25).

### Organización hospitalaria

En un hospital bien organizado, todo debe concurrir a tratar los enfermos de la mejor manera posible, hacer los diagnósticos lo más a menudo y precisos que se pueda; para ello deben formarse buenos médicos y procurar a éstos los mejores medios de perfeccionamiento. Todo esto supone una organización sólida, clarividente, inteligente y esto no es posible sin la voluntad de unos jefes penetrados en sus obligaciones hacia la colectividad (26).

### El "Full-Time" en los hospitales parisinos

Se ha firmado un acuerdo entre las representantes de la Seguridad social y el profesor Mollaret del Sindicato de médicos y cirujanos de hospitales, determinando que por el período de un año, se experimentará el trabajo a todo-tiempo en diez servicios de los establecimientos parisinos, para 1958 (27).

### Medicina a "pleno tiempo"

El régimen actual del funcionamiento de nuestros hospitales ha prescrito. El trabajo a "pleno-tiempo" es un acontecimiento importante, que marca una etapa en la evolución de la medicina. Los médicos deben ser mejor informados y aceptar una colaboración íntima y franca con los médicos de hospital, cumpliendo cada uno la tarea a la cual ha estado mejor preparado (28).

### El sistema administrativo hospitalario en Portugal

Puede decirse que la administración hospitalaria en Portugal no ha llegado a la autonomía hasta una época muy reciente. Hasta 1940 funcionaba el sistema tradicional, que atribuye una competencia técnica y administrativa al dirigente elegido sistemáticamente entre el cuerpo médico, careciendo en absoluto de coordinación. La situación era grave cuando el Gobierno, por medio de numerosas encuestas, se dió cuenta de la necesidad imperiosa de emprender nuevas construcciones, elaborando un importante plan de creación de nuevos hospitales, que entró en vigor inmediatamente, presentándose como consecuencia el problema del funcionamiento de los mismos.

(25) A. Comamala. Coloquio sobre hospitales. Instituto de Estudios norteamericano. Barcelona, febrero 1958.

(26) G. E. Cartier. Reflexions sur l'Hôpital. (L'Hôpital d'aujourd'hui). N.º 1 año 1958.

(27) Techniques hospitalières. N.º 149, febrero 1958.

(28) X. Leclainche. Revue de l'Assistance Publique a Paris. Mayo-junio 1955. N.º 35.

Luego de estudiar el problema se creó un sistema de administración científico, susceptible de ejercer ampliamente el control de las actividades en los hospitales. El resultado de este sistema administrativo racional ha excidido los más optimistas cálculos. En ciertos casos el número de enfermos hospitalizados ha aumentado en un 80% mientras que los gastos de funcionamiento no han excedido de un aumento del 10%. La solución dada a los problemas económicos, la disciplina administrativa y la política financiera, el control sistemático del rendimiento, llevan a estos sorprendentes resultados (29).

### Diagramas para analizar las funciones administrativas

El sistema fundamental para conocer bien una unidad administrativa es su análisis. El arma principal del administrador consiste en conocer bien las técnicas de análisis. Para alcanzar cualquier cosa se precisa, primero, descomponerla en partes más reducidas o simples, a fin de aplicar a estas partes el raciocinio y la clasificación con lo que se permite un mejor conocimiento de ellas y, por tanto, del conjunto.

Diagramas de análisis. Se denomina así a una representación predominantemente gráfica, de una operación o serie de operaciones sucesivas que tienen lugar en el desarrollo de una actividad o trabajo cualquiera.

Los símbolos más usuales son los empleados y adoptados por la A.S.M.E. (American Society Mechanical Engineering) y que están casi universalmente extendidos.

Estos símbolos son cinco:

 Círculo = "Operación" ejecución o realización de alguna cosa.

 Cuadrado = "Inspección" comprobación de algo.

 Medio cuadrado y medio círculo = "Demora". Inactividad no productiva y en general no necesaria.

 Flecha = "Transporte". Desplazamiento de personas o cosas.

 Triángulo = "Almacén" o "Archivo". Reposo de cosas bajo control. Se emplea también algún otro, pero de menor relevancia para el análisis y son:

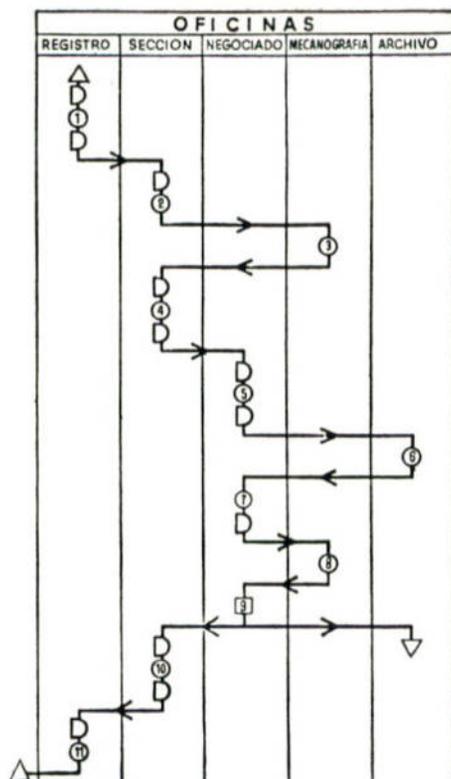
 Triángulo invertido = Actividad anterior y posterior.

 También se representa a veces por erre otro símbolo que puede ser interpretado como etapa exterior al proceso en estudio.

(29) J. J. de Paiva Corrêa. "Algumas Ideias Gerais sobre Organização e Administração Hospitalar". Lisboa, 1958.

Detalles

1. Llegada de asunto.
2. Sobre la mesa, 40 min.
3. Registro de entrada, 5 min.
4. Sobre la mesa, 30 min.
5. Traslado a Sección, 90 mts.
6. Sobre la carpeta, 15 min.
7. Decreto del jefe, 4 min.
- 8.
- 9.
- 10.
11. Sobre la mesa del jefe, 30 min.
12. Firma de oficio, 2 min.
13. Sobre la mesa del jefe, 60 min.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
18. Ordenanza a Archivo, 50 mts.
- 19.
- 20.
21. Resolución asunto, 18 min.
22. Demora por restantes asuntos, 30.
- 23.
- 24.
- 25.
- 26.
27. Traslado a J. Sección, 30 mts.
28. Sobre la mesa, 60 min.
29. Firma del jefe, 8 min.
30. Sobre mesa, con otros, 15 min.
31. Al Registro, 93 m. Bajar piso.
32. En espera de todos, 45 min.
33. Registrado, 5 min.
34. Salida.



Detalles

- Hay que subir un piso.
- Traslado a mecanografía, 40 m.
- Escrito oficio, 12 min.
- Traslado a jefe, 40 mts.
- Traslado a Negociado, 20 mts.
- Sobre la mesa, 10 min.
- Estudio asunto, 40 min.
- Peticion de informes, 5 min.
- Búsqueda de inofrmes, 20 min.
- Envio informes, 50 min.
- Envio a mecanografía, 30 mts.
- Puesta a máquina, 20 min.
- Traslado a jefe Negociado, 30 m.
- Visado jefe Negociado, 4 min.
- Devolucion informes, 50 mts.
- Archivo de antecedentes, 8 min.

Finalidad del análisis:

La finalidad de todo análisis es llegar a conocer de manera más completa la materia sometida a estudio.

Como regla general se puede decir lo siguiente, a fin de que sirva como base de criterio:

- a) Mantener sólo las operaciones **necesarias** respecto al fin perseguido con el proceso.
- b) Reducir al mínimo las inspecciones o comprobaciones que suelen ser retardadoras y costosas por realizarlas el alto personal.
- c) No prodigar la existencia de archivos o almacenajes, ya que esto supone múltiples operaciones de clasificación de custodia y rebusca para nueva utilización.
- d) Persecución inexorable de todas las demoras hasta conseguir su casi eliminación en el proceso.
- e) Reducción dentro lo posible de recorridos de transporte, estudiando la disposición de las oficinas entre sí y respecto al edificio que las contiene.

**Cuadros de proceso**

El cuadro de proceso es un impreso en el que establecen unas columnas básicas representativas de los puestos de trabajo, las personas o las oficinas que intervienen en el proceso y en estas columnas se inscriben los símbolos, descritos según las actividades que se desarrollan en cada oficina, o que hace cada persona (29 bis).

Nuevas ideas orientan en la actualidad la organización científica del trabajo. El uso de nuevas técnicas, procedimientos y racionios, es susceptible de cambiar radicalmente la marca del país que las adopta.

Los diagramas y análisis de recorrido, que reproducimos a continuación, no son exclusivos de una oficina administrativa, sino que al ser aplicados a la organización y funcionamiento de un hospital, producen mejoras trascendentales.

El uso de estas técnicas, no sólo no interfiere con las funciones propias del hospital, sino que les da mayor eficacia y amplitud. Véase Figuras 5-6-7.

**2. Relaciones humanas en el hospital (30)**

**El hospital es para el enfermo**

Hay dos géneros de personas en el hospital: en primer lugar, **los enfermos**, luego **los otros**, es decir, el personal, todo el personal del hospital, desde el humilde jornalero hasta la celebridad médica. Estos otros son dentro del hospital los que ayudan al enfermo a vencer la enfermedad y la muerte para mantenerlo por más tiempo al servicio activo de Dios. Ellos dan; el enfermo recibe. El hospital, es decir, cada uno de sus miembros, pertenece al enfermo, pues el hospital es para el enfermo, como los padres pertenecen a sus hijos, como Jesucristo nuestro dulce Salvador, nos pertenece a

(29 bis) Documentación administrativa n.º 3, marzo 1958. Secretaría General Técnica de la Presidencia del Gobierno.

(30) J. J. de Paiva Corrêa. Código de ética hospitalar. "Algumas Ideias Gerais sobre Organização e Administração hospitalar. Lisboa, 1958.

nosotros pecadores, porque Él nos ha sido dado por el Padre, para curarnos y salvarnos de la muerte eterna.

Así la caridad y no únicamente la justicia, orienta interiormente todas las actividades del hospital católico. La simples justicia no sería suficiente, aunque, no es necesario decirlo, la justicia siempre debe ser respetada (31).

**3. Relaciones de la sociedad con el hospital. Public relations**

...es necesario pues, que los modernos hospitales empiecen a prepararse para desempeñar un nuevo papel de cara al público; los hospitales deben explicar a la población por qué hacen lo que hacen (32).

**Relaciones públicas en el Hospital**

Las "Public-Relations" son un espíritu y una doctrina, encaminada a crear una unidad, establecer un clima de comprensión mutua, generadora de confianza, conjuntura favorable al tratamiento más humano del enfermo. Las "Public-Relations" se manifiestan por una acción informativa honesta, permanente y completa, por medio de reuniones de tipo horizontal y vertical; periódico interno, recepción a los nuevos empleados, etc (33).

(31) P. E. Muller, S. J. Fragmento de un sermón. Montreal. Revista "l'Hôpital d'aujourd'hui". Vol. 4. N.º 8. Agosto 1958.

(32) 57 Congreso de la Asociación americana de Hospitales. Atlantic City, 1955.

(33) E. M. Barré. Ecónomo-Director del Hospital Regional d'Ain-Beida, Algeria. Rev. Technique Hospitalières. N.º 146, noviembre 1957.

NUMERO DE LA FASE	OPERACION TRANSPORTE DETENCION INSPECCION ARCHIVO	TIEMPOS				DISTANCIA METROS
		O EN MINUTOS	D EN HORAS DIAS	V EN DIAS	→ EN METROS	
1	● → D □ ▽	30 <sup>m</sup>				
2	○ → ● □ ▽		1 <sup>h</sup>			
3	○ → ● □ ▽				56 <sup>m</sup>	
4	○ → ● □ ▽		12 <sup>m</sup>			
5	● → ● □ ▽	3 <sup>m</sup>				
6	○ → ● □ ▽		1 día			
7	○ → ● □ ▽				18 <sup>m</sup>	
8	● → D □ ▽	6 <sup>m</sup>				
9	○ → D □ ▽				80 <sup>m</sup>	
10	● → D □ ▽	12 <sup>m</sup>				
11	○ → D □ ▽					
	○ → D □ ▽					
	○ → D □ ▽					

Figura 7

Firma de libramiento.  
 Espera a reunir todos los documentos.  
 Envío Intervención.  
 Espera turno para anotar.  
 Anotado y confrontado.  
 En espera de oficio de comunicación.  
 A Sección.  
 Ejecución del oficio.  
 A registro.  
 En espera de salida.

#### Relaciones públicas de hospital

El número de marzo de 1956 de la Revista "Public-Relations" está consagrado a estudiarlas en el hospital. Los americanos definen este arte con la fórmula: "Hacer amigos". El programa se basa en los siguientes apartados: a) La seguridad. b) La esperanza. c) La consideración. d) La dignidad (34).

#### Relaciones exteriores

Existen incomprendiones. Es preciso adaptarse a las nuevas formas de vida. En el año 1955, el Consejo de Administración del Comité de Hospitales de Quebec, decidió fundar el **Comité de Relaciones Exteriores**, cuyo objetivo sería un intercambio de ideas con la población para evitar choques e inútiles fricciones. Se organizaron semanas de estudio con mucho éxito, programas de televisión, etcétera, y finalmente, en 1957, se ha llegado, por una comisión especial, a la publicación de una "Guía de relaciones entre los hospitales y los servicios de información" (35).

#### Hospitales portugueses

El hospital de Santa María de Lisboa organiza cada año un "Día del Hospital de Santa María", en el cual son inaugurados nuevos servicios; se reciben las personalidades y todos los servicios del hospital pueden ser libremente visitados por el público (36).

(34) Revista Techniques Hospitalières. N.º 146. Noviembre 1957.

(35) E. Thibault M. D. Presidente de la Comisión Canadiense de Acreditación. Revista "L'Hôpital d'aujourd'hui". Vol. III, n.º 4. Abril 1957.

(36) Techniques hospitalières. Núm. 155-156. Agosto-septiembre 1958.

#### B. — ESTADÍSTICA

Estadística es la ciencia de razonar un fenómeno con ayuda de las cifras que lo expresan, trata de la recopilación y consiguiente interpretación de gran número de datos expresados numéricamente. La estadística no es válida si los datos no son comparables entre sí. Comprende cuatro etapas fundamentales: 1.ª Recogida de datos; 2.ª clasificación de los datos recogidos; 3.ª su presentación coherente y 4.ª su interpretación. La primera etapa precisa una acción previa, que es la unificación del método de recogida de datos; sin ella el trabajo estadístico no sirve para nada, de ahí la importancia de la hoja de ingreso en el hospital, elaborada por la Sección de Estudios sobre Hospitales. El método estadístico facilita la interpretación de las relaciones entre los datos obtenidos y las tendencias reinantes.

La elaboración de las estadísticas se facilita grandemente con la ayuda de equipos de máquinas electro contables, las mismas que facilitan la contabilidad, donde la acción del hombre queda limitada a recoger los datos y suministrárselos a las máquinas (37).

"A estatística ao serviço da gestão hospitalar. Comunicação ao X Congresso da Federação Internacional de Hospitais"

comprende:

1. La estadística com técnica auxiliar de administração.
2. La estadística y su conexión con la vida del Hospital.

(37) A. Comamala. Informe Sección de Estudios sobre Hospitales. Enero 1958.

- a) en su construcción.
- b) en su organización.
- c) en su gerencia.

3. La estadística al servicio de la gerencia hospitalaria.

- a) estadística médica.
- b) estadística económica (38).

#### 1. Clasificación de los enfermos

La primera condición para conseguir una unidad estadística, es el adoptar en todos los hospitales la misma nomenclatura.

Existe a este fin, publicado por la Organización Mundial de la Salud, el "Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción". Hay en éste, además, normas generales que responden a este criterio de unificación.

#### 2. Barcelona. — La hoja de ingreso del enfermo al hospital

En Noviembre de 1957, la Sección de Estudios sobre Hospitales del Colegio de Médicos de Barcelona, presentó un modelo de **Hoja de entrada del enfermo al Hospital**, el cual fué sometido a la consideración de los directores de hospitales de ésta y de otras provincias, para que aportasen sus enmiendas, razonando las ventajas e inconvenientes.

En el mes de Abril de 1958, el Teniente de Alcalde de Asistencia Social y Sanitaria del Excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona, Doctor Alberto de Grau y de Grau, propuso a la Comisión permanente la adopción del modelo de Hoja de ingreso **que se reproduce**, siendo implantada en todos los centros sanitarios dependientes del Ayuntamiento, en Junio de 1958. (Fig. 8)

Este modelo consta de tres hojas de color distinto, preparadas con papel carbón intercalado, para poder tener copia de los datos obtenidos, y de una hoja borrador que se entregará al enfermo.

El primer ejemplar, hoja blanca, se destina a la Comisaría de Entrada del Hospital.

El segundo ejemplar, hoja amarilla va destinado a la Administración del Hospital.

El tercer ejemplar, hoja azul, va a la oficina técnica del Teniente de Alcalde de Asistencia Social y Sanitaria, para análisis estadístico y conceptual (39).

#### La mecanización del Servicio de Admisión de l'Ospedale Maggiore, de Milán.

Se trata del sistema "Banda". Los enfermos son interrogados a su llegada, y los diversos datos son consignados a la máquina sobre una matriz que los pasa a una du-

(38) J. J. de Paiva Corrêa, en "Algumas Ideias Gerais sobre Organização e Administração Hospitalar. Lisboa, 1958.

(39) Sección de Estudios sobre Hospitales del Colegio de Médicos de Barcelona. Folleto sobre Federación de Hospitales. Febrero 1958.



INSTITUCION

Hoja de ingreso

DATOS PERSONALES					
Apellidos		Nombre		Sexo	Estado
Lugar de Nacimiento		Provincia	Nombre del Padre	Nombre de la Madre	Nombre del Conyuge
Doc. Naz. de Identidad N.º	Dirección actual: Ciudad, calle, n.º, teléf.			Parentesco con el Cerebro de Familia	
Tiempo de residencia en la Provincia		Provincia de donde procede			Municipio
Familiar más próximo que conviva - no conviva: D.			En caso de necesidad se avisará a D.		
Dirección, Ciudad, calle, n.º, teléf.		Dirección, Ciudad, calle, n.º, teléf.			
DATOS PROFESIONALES					
Profesión		Nombre de la Empresa donde trabaja: Dirección: Ciudad, calle, n.º, teléf.			
Cargo que ocupa		Lugar donde presta su servicio		¿Fijo o eventual?	Tiempo que lleva en la Empresa
¿No trabajó Motivo (*)		Carnet de parado N.º	Nombre y dirección de la Empresa donde trabajó últimamente: Ciudad, calle, n.º, teléf.		
PROTECCION SOCIAL					
¿Tiene concertado Seguro?		Entidad (**)		Nombre y dirección: Ciudad, calle, n.º, teléf.	
N.º carné o póliza	¿Es Titular o Beneficiario?		¿Su caso actual queda cubierto por alguno o varios de los seguros que tiene?		
DATOS ECONOMICOS					
Ingresos totales mensuales de la familia		Personas que la componen		D. N. I. del cabeza de familia	Participa Plus de Cargas familiares?
Persona Natural o Jurídica responsable ante la Administración de la Institución del pago de los gastos					
El interesado o sus familiares		Entidad aseguradora	Ayuntamiento de donde procede		Beneficiario Municipal de la Ciudad N.º Carnet
Beneficiario particular	Orden Religiosa	Cobildé	Caritas: Nacional, Diocesana, Ferroviaria		Persona que avala el pago
ANTECEDENTES ASISTENCIALES					
¿Procede de otra Institución? Tarjeta de salida n.º			¿Ha estado anteriormente en esta Institución? Tarjeta de salida n.º		
¿Ha estado anteriormente en otra Institución Asistencial?		Fecha	Observaciones:		
El declarante se hace responsable de la exactitud de los datos que anteceden y autoriza a la Administración para que pueda realizar las informaciones necesarias referente a lo que se declara.					
_____ (Firma del paciente o declarante)					
(*) Parado, jubilado, retirado, baja por enfermedad, etc. (**) S. O. E., Entidad colaboradora, Montepío, Mutualidad laboral, Seguro hospitalario, Seguro libre, Póliza de Seguro Privada.					
1. Debe acompañarse un documento autorizado por la Entidad, Empresa o persona que se dice responsable. 2. La forma de pago lo decidirá la Administración de la Institución de acuerdo con las Ordenanzas fiscales. 3. La Institución podrá atender mejor al enfermo si esta hoja, una vez contestada, le es entregada con suficiente antelación a su ingreso. 4. En caso de que el interesado sea menor de edad los datos profesionales, protección social y económicos corresponden a los del Cabeza de familia.					
DATOS ADMINISTRATIVOS					
Día y hora de entrada		Departamento	Sección	Piso	Habitación
Observaciones:					
Día y hora de salida		Tarjeta de salida	Estancia		Motivo

Figura 8 — Hoja de ingreso al hospital. Tamaño normalizado 0,210 x 0,297 m = A-4

plicadora que actúa inmediatamente. Las inscripciones son normalizadas. Se suprime toda escritura complementaria y todo error de transcripción. Los documentos médicos son conservados en forma micro-films (40).

3. Electro-contabilidad hospitalaria

Un hospital no busca "hacer beneficios" en el sentido de rentabilidad de un servicio administrativo, es muy distinto a una empresa privada; pero la búsqueda de un mínimo coste, para la producción de un acto, del cual se ha determinado la naturaleza y el coste, se impone. Es con este fin que en pleno acuerdo con el Consejo municipal de París, hemos creado nuestro Centro me-

canográfico electro contable. Este sistema permitirá a nuestros hospitales, poner en claro su propia contabilidad, perforando automáticamente los resultados, que deben ser tomados en una contabilidad o estadística más general y hará posible hacer estadísticas médicas más profundas, sobre los 350.000 enfermos, que cada año son atendidos en nuestros hospitales (41).

El taller de mecanografía electro-contable de la Asistencia Pública de París

El taller mecanográfico electro-contable explota diariamente, la doble estadística de la situación del personal y de los enfermos (personal presente y ausente del trabajo

por diversas causas, número de enfermos presentes, entradas y salidas, camas disponibles, etcétera). Estos datos registrados a 16 horas son grabados sobre cartas especiales y luego reagrupados por hospitales y por el conjunto de hospitales. Cuando el rodaje de esta estadística se termina, la explotación por el taller mecanográfico electro-contable proseguirá por la noche y permitirá al Director General y a la Administración tener a su disposición, a las 9 de la mañana, la situación exacta de todos los hospitales registrados la tarde anterior (42).

Aplicación de una banda perforada en administración hospitalaria. Asistencia pública

La asistencia pública de París, es la administración hospitalaria más extensa del mundo: 30 hospitales principales con un total de 80 establecimientos y 450.000 enfermos por año, con un presupuesto de más de 60 millones anuales. Es como un gran hospital con múltiples sucursales.

En la reforma emprendida surgen diversos problemas: 1.º Las contabilidades stok y las facturaciones de algunos almacenes generales, 2.º Pago de las asistencias legales, 3.º Constituir un conjunto estadístico contable, 4.º Necesidad de unos resultados rápidos y diarios.

Por ahora utilizamos la lectura gráfica. Nuestros hospitales han sido divididos en 2.000 células o secciones de producción. La grabación es efectuada en cada uno de los hospitales sobre tarjetas perforadas, pero nos encontramos en un doble dilema: dificultad a controlar la grabación y un exceso de perforación. Pensamos que la utilización de la banda perforadora, es la solución del porvenir, pues permitirá evitar los errores y un control visual directo a la medida del desarrollo de las operaciones, lo que ofrece una garantía casi absoluta (43).

El impacto de la mecanización en la administración

Hay cuatro funciones en el manejo de conjuntos: Clasificar, contabilizar, registrar y almacenar. Estas funciones han sufrido la siguiente evolución: Etapa manual, que es la mejora de los métodos en cada una de las funciones. Etapa mecánica, que es la combinación de dos a más funciones (sumadoras, registradoras). Etapa tarjetas perforadas, que es la posibilidad de intercomunicar las máquinas con arreglo a una clave. Etapa del papel de cinta perforada, hace posible la comunicación de máquinas. Etapa electrónica, hace la intercomunicación de las funciones a grandes velocidades. (Clasificación, computan, registran e integran un orden sin intervención humana) (44).

(40) De la Revista l'Ospedale, Techniques Hospitalières. N.º 155-156, agosto-septiembre 1958.

(41) X. Leclainche. Revue de l'Assistance Publique a Paris N.º 37. Septiembre-octubre 1955.

(42) J. Estève. Revue de l'Assistance Publique a Paris. N.º 37. Septiembre-octubre 1955.

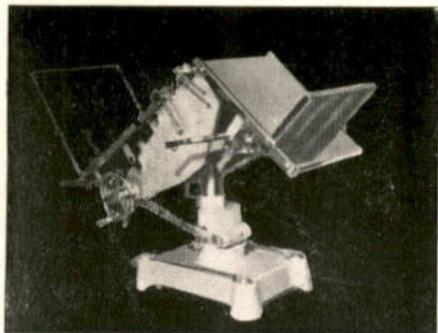
(43) J. Estève. Revue de l'Assistance Publique a Paris. N.º 52. Abril-mayo 1958.

(44) Documentación administrativa. Febrero 1958. Madrid.

# Mercedes

## IMEC

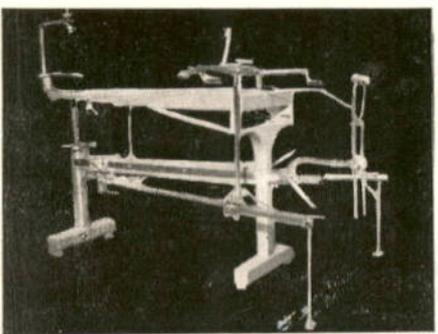
tem o prazer de apresentar algumas unidades de sua Nova e Moderníssima Linha de Mesas Cirúrgicas, Móveis e Equipamentos Hospitalares. Agora fabricado no Brasil, o que de melhor os melhores hospitais do mundo possuem



Mesa de Alta Cirurgia "Mercedes-Imec-Júnior" oferece as mesmas posições conseguidas com a mesa maior — "Mercedes-Imec" "Senior", por preço mais acessível.



Carro-maca tipo "Hausted" para salas de exame, recuperação e otorinolaringologia. Auxilia a enfermeira a transferir com facilidade o doente da maca para a cama.



Mesa Ortopédica para redução de fraturas, tipo "Rudufracs" — "Mercedes-Ime". É um tipo de mesa que permite, como os tipos maiores, mais complexos e custosos, tôdas as manobras e todos os gessados de membros, superiores e inferiores, assim como toraco-braquial e minerva.



Berço individual — para recém-nascidos — com bandeja de correr e duas gavetas com dispositivos para vidros e pós.

### INDÚSTRIA MECANO CIENTIFICA S. A.

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

Neste hospital não se roga

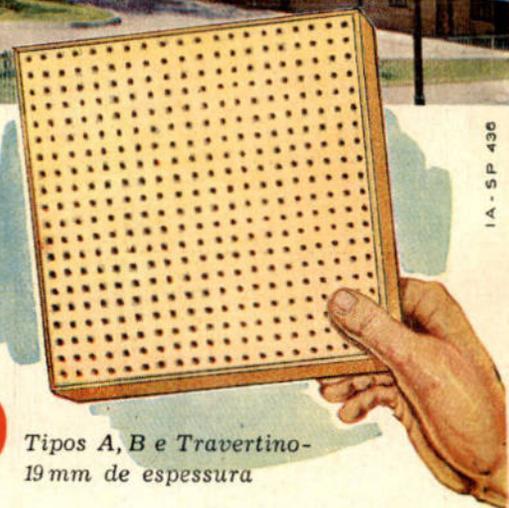
**SILÊNCIO**



Hospital Sul América (Rio)

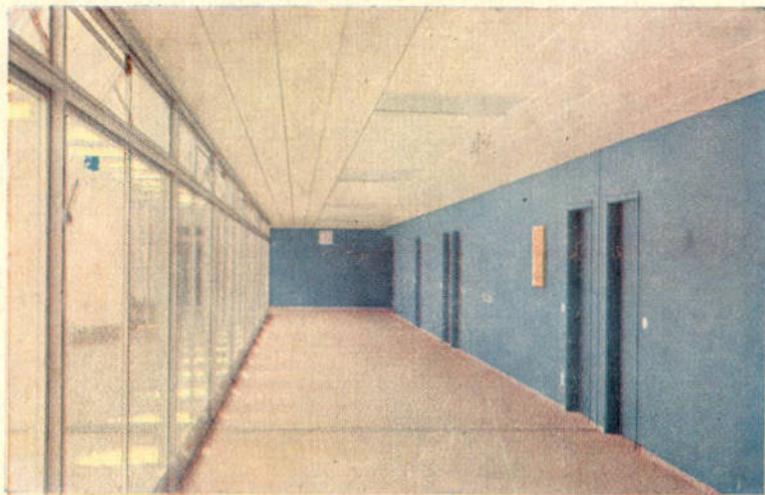
...a quietude  
está garantida com  
fôrro de **EUCATEX  
ACÚSTICO**

Tipos A, B e Travertino-  
19mm de espessura



IA - SP 436

Corredor com fôrro de Eucatex Acústico A



*-elimina o barulho...  
aumenta o bem-estar!*

Em hospitais o silêncio é tão importante como a higiene e os medicamentos. Dêle depende o repouso dos convalescentes, o tratamento dos doentes e, muitas vezes, o êxito de uma intervenção cirúrgica. Por isso mesmo, Eucatex Acústico é aqui indispensável: forrando teto e paredes, absorve 93% dos ruídos... cria *conforto acústico* em tôdas as dependências.

O Departamento Técnico de Engenharia da EUCATEX S.A. Indústria e Comércio mantém uma equipe de especialistas em acústica e problemas de ruídos para servi-lo sem compromisso. S. PAULO: Av. Francisco Matarazzo, 530 - Tel. 51-9108 - R. DE JANEIRO: Av. Pres. Vargas, 435 - s/902 - Tel. 43-2754 - B. HORIZONTE: R. Rio de Janeiro, 282 - s/1006 - Tel. 4-1636 - P. ALEGRE: R. Sto. Antônio, 120 - Tel. 5232.