# hospital de hoje

VOLUME 34

ANO XIII

1968

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo





Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da Universidade

de São Paulo



# HĀ 42 ANOS

nosso vapor vem produzindo progresso!

# CALDEIRAS EUREKA



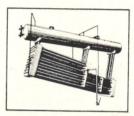
# CALDEIRA EÓNIA

compacta, automática, nas produções de 400 a 10.000 quilos de vapor/hora.



### CALDEIRA EUREKA S.F.

nas produções de 270 a 3.500 quilos de vapor/hora, queima qualquer combustível, como seja: óleo, cavaco, bagaço de cana, lenha, etc..



# CALDEIRA AQUO-TUBULAR

nas produções de 400 a 15.000 quilos de vapor/hora e para queimar qualquer tipo de combustivel.



# INDÚSTRIA DE CALDEIRAS EUREKA Santino e filhos s.a.

Rua Major Ângelo Zanchi, 861 Tel. 9-0236 - End. Tel. "Eureka" Cx. Postal 3090 - São Paulo - SP

# HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do IPH Instituto-Brasileiro de Desenvolvimento



# Membro da Federação Internacional de Hospitals

IPH é uma entidade científica sem fins lucracujo objetivo é o desenvolvimento pitalar nacional em bases racionais e científicas.

HOSPITAIS DE HOIE IS THE OFFICIAL JOURNAL OF THE JPH — BRAZILIAN HOSPITAL RESEARCH INSTITUTE, WHOSE AIM IS THE IMPROVE-MENT OF HOSPITALS ON SCIENTIFIC AND RATIONAL BASIS.

I PH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares: Personalidade Juridica - sob nº 2.076 em 25-1-1954 - 4º R. T.D. — Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual nº 4.774, de 12-8-1958, Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal nº 44.793, de 23-10-1958 — Cons. Nac. de Serv. Soc. nº 119.104, de 16-12-1959 — registrado no Conselho Estadual de Auxilios e Subvenções sob o nº 1833/67.

SEDE E REDAÇÃO DO IPH — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6º andar - conjunto 64 - Fones: 36-3889 - 35-2687 - 239-1788 — São Paulo - Brasil.

36-3889 - 35-2887 - 239-1788 — São Paulo - Brasil.

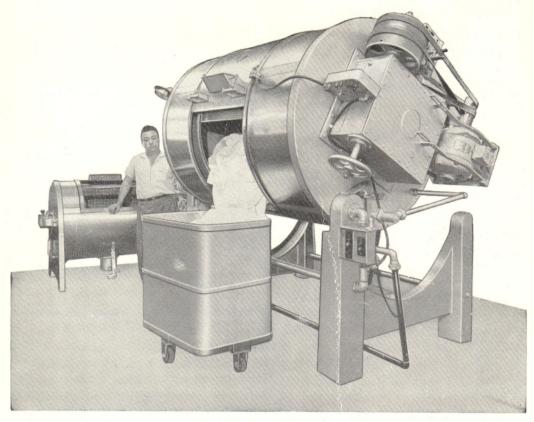
DIREÇÃO E REDAÇÃO DA REVISTA: Diretor e
Redator Responsável: Igraba Karman. Redator
Gerali Martins Pawel, Diretor de Seção: Editorial: José Reis, Vicense A. Neto. Psicologia
Hospitularia Bety Karman. Redator
Gerali Martins Pawel, Diretore de Seção: Editorial: José Reis, Vicense A. Neto. Psicologia
Hospitularia Bety Karman. Redator
Gerali Martins Pawel, Diretore A. Neto. Psicologia
Hospitularia Bety Karman. Selveira RudioAparecidar Alexander Carlos H. Robertson LiberaBoratória Henrique Elisis, Isaca Amar, Otávio A.
Oram Henrique Tostaldi, Quintino Mingoja,
Myrcio de Paulo Pereira. Anestesia: Antonio Peseira de Almeida Kentaro Tokocka, Salvador
Cromberg. Enfermegem: Gleta Alcántara, Matira Rosa de Souza Pinheiro, Normas: Eudora L.
Berlinck, Francisco Inácio de Araújo Silva. Sumário, Inglês e Revisão: Charles Honnold G.
Crispin, L. David Borgen. Projetos: Jarbas Karmarn. Nutrição: Ary Lopes de Almeida, F. Pompeu do Amard. Desinfetantes e Esterilização:
darbas Karman. Frio e Calor: Remida, F. Pompeu do Amard. Desinfetantes e Esterilização:
darbas Karman. Frio e Calor: Remi Benedicto
Silva, Psiquiatria: Clovis Martins, Roberto B.
Tomehinsky, Joana Villheim. Radioterapia: Carlos de Campos Pagliucci, Renato Araújo Cintra, Radiodiagnóstico: José Medeiros Sobrinho.
Noticiário: Martinus Pawel. Instalações, Alfredo Willer. Administração: Cornélio Rosenburgo,
Ruy Büller Souto. Acústica: Roberto Paulo
Richter, Relações Públicas: Domingos Labate,
Alice Philipson, Saúde Pública: Humberto Pascarlli, Paulo C. Castro, Rodolfo dos Santos Mascarenhas, Jehovah R. Nogueira. Lavanderia;
Leopoldo C. Bechelli, Ruy da Silva de Souza,
José de Godoy Crispin, Kurt Miller, Alfredo J.
Sadler, Emil Allerhand, Daizo Miyali. Conselho
Consultivo: Reynaldo N. de Figueiredo, Luis
Geomaga Bevillacqua, Domingos Labate,
Alice Philipson, Saúde Pública: Domesho Contrabilidade: Magdalena Sipos, Desenho: Domingos Prorentini, Paolo Marzi. Direção
Comercial: Erő Dias de Olive DIREÇÃO E REDAÇÃO DA REVISTA: Diretor e

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

# Indice

do Hospital das Clínicas.	
Comentários médico-legais sôbre o problema dos transplantes de tecidos e de órgãos de doadores vivos e oriundos de cadáveres. — Dr. Sérgio Veiga de Carvalho	3
Primeiro Plano Diretor da Superintendência do De- senvolvimento da Fronteira Sudoeste, Sudesul, refe- rente ao Programa de Saúde	9
Estudo crítico das construções hospitalares inadequadas. — Engº Armando César Leite e Dra. Maria José Imbassahy da Silva dos Santos	11
Remuneração do consultor hospitalar. — Geraldo José da Rosa e Silva, Gennyson Amado, Nelson de Carva- lho Mesquita e Oberdam Revel Perrone	17
NOTÍCIAS I.P.H.	
Solenidade de encerramento do Iº Curso de Cozinha Hospitalar	24
Iº Curso de Limpeza Hospitalar	25
Flagrantes do I.P.H. no estrangeiro	26
Programa do Iº Curso de Atualização de Pessoal Auxiliar de Hospitais	27
Programa do Iº Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospitais e Emprêsas	27
Programa do Iº Curso de Treinamento de Pessoal Auxiliar de Cozinha	28
I° Feira de Ciências e Aplicações Médicas	29
NOTÍCIAS	
Abôrto e contrôle da natalidade	30
Descoberto nos EUA hormônio para tratamento de câncer tiroideano	35
Plano Nacional de Saúde — Distribuição racional dos médicos	3
IV Congresso Mundial de Anestesiologia	38

CAPA - Fotos de Faculdade de Medicina de São Paulo e



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

### FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

Máquinas de Lavar — Estratores Centrífugos — Secadores Rotativos — Calandras e Acessórios

Rua Clélia, 98 — Tefeone: 62-1721 — Enderêço Telegráfico: «Castanho» — (Cod. Mascote) — SÃO PAULO

# Representantes:

R. Torquato Bahia, 3 - 4° andar - sala 49 Caix: Postal 1.185 — Telefone: 2-3085 SALVADOR - BA.

Av. Maruipe, 119 - VITÓRIA - E.S.

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

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

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

Roberto Mendes de Macedo Lima & Albuquerque S.A. Imp. e Repres. Av. Afonso Pena, 952 - s/ 412 — Edificio Guimarães — C. Postal 2.002 — Tel.: 2-2224 BELO HORIZONTE - M.G. R. Barão do Rio Branco, 910/914 — Caixa Postal 24 — Tel.: 1-3430 — FORTALEZA - CE.

Gastão Sampaio

Márcio Chaves Julião

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

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

Carvalho de Moraes & Cia. Ltda.

Edifício Arnaldo Vilares - Conj. 401 a 403 Caixa Postal 703 — Telefone 2-6305 — BRASILIA - D.F.

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

BA - PR. João F. de Freitas

R. Barão do Triunto, 60 - Apto. 1 (Menino Deus) — PORTO ALEGRE - RGS

# Comentários médico-legais sôbre o problema dos transplantes de tecidos e de órgãos de doadores vivos e oriundos de cadáveres

DR. SERGIO VEIGA DE CARVALHO

Desde os mais recuados tempos tem a Medicina procurado, com sempre renovado empenho, minorar os sofrimentos humanos e prolongar, o quanto possível, a sobrevivência. É esta a sua finalidade precípua. E, para alcançá-la, serve-se de todos os conhecimentos científicos, sejam pròpriamente médicos, para-médicos e extra-médicos. Aliviar a dor; prolongar a vida — eis a sua meta.

Prolongar uma existência, uma vida saudável da pessoa humana pluridimensional, completamente integrada. É, em suma, procurar atingir o sonho da imortalidade!

Devemos, porém, atentar para o pensamento de Celestino da Costa: "Consciente e serenamente devemos aceitar a inevitável lei biológica que é a morte natural (não passível de qualquer método de reanimação). Ao lançarmo-nos, audaciosamente, nas tentativas e métodos de reanimação — para evitar a morte prematura ou patológica - não podemos deixar de ter permanentemente presente que, verificada a morte da personalidade, tôda a agitação em volta do ser vegetativo é estéril. É como lutar pela imortalidade dum ser finito. Finito como personalidade, como complexo psico-físico de efêmera existência. As maravilhosas possibilidades que te-mos de perdurar neste mundo, que transitoriamente habitamos, são de outra ordem: pelas células germinais transmitimos a nossos filhos uma continuidade física e estrutural, que passará de geração em geração, como uma "imortalidade genética". Através da nossa influência espiritual, pelas obras do pensamento, estéticas, ou simplesmente humanas, poderemos representar aquela ação modelante que a cultura exerce nas gerações vindouras, ultrapassando a existência dos seus criadores, na mais pura e sublime expressão da atividade humana".

Devemos, pois, considerar que a "imortalidade" já está assegurada à espécie humana, somaticamente através das atividades intelectuais e espirituais exaradas pela pessoa quando de seu transitório estágio neste mundo em que vivemos, graças ao imperativo da própria criação.

Restringe-se, pois, a ação médica a minorar o sofrimento e a manter, dentro das possibilidades, a vida que periga, ciente que está, que a imortalidade da pessoa não deve ser confundida com a imortalidade do individuo. Estabelecidas estas perspectivas podemos compreender as limitações que se nos opõem na conquista de um ideal médico, certamente defensável, mas de tão árdua consecussão. Podemos e devemos minorar o sofrimento; tudo devemos fazer para salvar a vida que periga. Tudo devemos fazer pelo progresso da Medicina. Mas devemos, também, saber aceitar, filosòficamente, o imperativo da lei biológica: a morte.

A fim de ordenar as idéias e poder expô-las num assunto tão complexo qual seja o que o título dêste trabalho encerra, consideremos metòdicamente: A) *Transplantes de tecidos* de doadores vivos e oriundos de cadáveres; B) *Transplantes de órgãos* de doadores vivos e oriundos de cadáveres. Excluemse dêste trabalho por eventuais e raros, os chamados transplantes livres.

Imediatamente se configura a dualidade da origem do transplante a ser enxertado: de doador vivo; ou de doador morto. E esta dualidade de origem implica tanto o transplante de tecidos quanto o de órgãos.

 A) No transplante de tecidos de doadores vivos (sangue, pele) justifica-se o procedimento pelo pequeno prejuízo sofrido pelo doador e pela rápida recuperação do mesmo, não se configurando o mal irreparável. Se oriundo de cadáveres (sangue, pele, ossos, cartilagens, córneas), a justificação deverá ser regulada pelos direitos do cadáver e pelos direitos sóbre o cadáver. A Lei nº 4.280, de 6-11-63, não chegou a ser regulamentada. Esta Lei, primordialmente propugnada pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, pelo seu Art. 2°, assumiu um caráter restritivo a córneas, visando os oftalmologistas o amparo legal de uma prática inaugurada entre nós por Cyro de Rezende, em 1938, com sua Tese para Livre docência intitulada — Do emprego da córnea de cadáver na queratoplastia — e, portanto, contando com tempo de observação já longo o bastante para justificar regulamentação legal. A difi-culdade na obtenção de córneas humanas já havia sugerido a Pellier de Quengsy, em 1798, substituir a córnea por prótese de vidro (obviamente com insucesso); e a outros, mais recentemente, procurar a solução em hetero-transplantes, tentando-se a córnea de galinha, igualmente sem sucesso. O primeiro enxerto de córneas foi feito por Reisinger em 1817. Atualmente, e graças aos progressos tecnológicos, o Dr. William Stone Jr., do Cedar Institute de São Francisco — Galifórnia — endereçou convite ao prof. Duque Estrada para que ambos estabeleçam um programa comum de trabalho baseado nas pesquisas que se vêm realizando nos EUA e na experiência que têm obtido com o emprégo de córneas artificiais.

Volta-se, assim, sóbre bases tecnológicas modernas, à primitiva concepção de Pellier de Quengsy! Deve-se notar que: "no início, os oftalmologistas americanos retiraram seus fragmentos de olhos de condenados de direito comum," o que, entre nós, se afiguraria inadmissível face ao conceito jurídico do condenado.

O transplante de tecidos oriundos de cadáveres é comumente admitido em outros países. Assim, nos EUA. Rubin sugeriu o uso de sangue de placenta de cadáver em 1914, com breve voga, especialmente na URSS, em virtude da pequena quantidade disponível e altos riscos de contaminação. Em 1930 Yudin, na URSS, introduziu o uso de sangue de cadáver e em 1938 já havia feito 2.500 transfusões dêste tipo. A exanguinação do cadáver é feita poucas horas após morte súbita. As objeções de caráter religioso opostas à transfusão de sangue especialmente pelos adeptos das Testemunhas de Jeová, podem ser superadas dentro da conceituação de Hilário Veiga de Carvalho: "Se a transfusão é feita como medicação heróica, sem o consentimento expresso do receptor, êste não incorre em pecado".

No que respeita à pele "não se pode realmente tentar enxêrto de pele vinda de um cadáver, mas trata-se antes de um tipo particular de curativo.

Com efeito, a pele nunca se incorpora à do doente.

Morre ao fim de alguns dias, mas esta verdadeira "cobertura biológica" atenua a dor, evita o choque consecutivo às queimaduras graves". Os vasos, cujo aproveitamento se iniciou com Alexis Carrel e Gutrie, cedem lugar atualmente ao desenvolvimento da era do plástico. O enxêrto de osso morre pouco a pouco, "mas como êle é poroso, as células ósseas do ferido, proliferando sem cessar, vão tomar o lugar do enxêrto e restabelecer uma solução de continuidade, bem como a integridade corporal.

Deve-se notar que recentemente, na França, procura-se cada vez mais utilizar óssos de afimais e notadamente de veados da raça Salers (de patas longas). O prof. Guilleminet e sua equipe lionesa deram impulso a esta nova orientação". O emprêgo de tecido cartilaginoso tende, cada vez mais, a ser substituído pela prótese plástica. Como o transplante de tecidos já conta com longa e bem fundamentada observação, urge que uma legislação consentânea seja regulamentada a fim de permitir o estabelecimento legalizado de respectivos Bancos de Tecidos. Na URSS "o sangue é retirado dos cadáveres numa organização quase industrial".

Há vários anos Woodruff, na Inglaterra, procurou instalar um Banco de Pele. Outros exemplos de Bancos de tecidos podiam ser citados.

Um aspecto importante sôbre transplante de tecidos, e que justifica um estudo médico-legal à parte, é justamente o que se refere à instalação legal de Bancos de Tecidos. E isto porque se levanta uma questão ética importantíssima: § èticamente aceitável vender tecidos (o sangue primordialmente)?

Leach pergunta: "desde que é èticamente aceitável vender sangue, é também aceitável vender órgãos"?

Wasmuth é taxativo: "Sangue não é produto para vender". E acrescenta: "Sangue per se não é vendido pelos hospitais nos EUA mas cobra-se uma taxa para preparação e administração". Poder-se-ia comparar com uma taxa por serviços prestados, como por exemplo, com o que se passa com

uma ama de leite. Esta não cobra o leite secretado em termos de quantidade fornecida, mas o serviço prestado. Ainda na questão da transfusão de sangue Schreiner estabelece duas espécies de sistemas: num, regido pela Cruz Vermelha Internacional, todo o sangue é obtido de doadores voluntários e distribuído do Banco Central da Cruz Vermelha para os Hospitais particulares. Estes podem cobrar uma taxa por preparação e administração; noutro sistema, em muitas áreas onde são inadequadas as facilidades daquele Banco Central, as fontes comerciais ainda operam e alguns hospitais que não obtêm sangue bastante da Cruz Vermelha o compram destas fontes comerciais.

Esta prática não nos parece defensável. Se o "sangue não é um produto para vender", como vimos acima, como admitir comprá-lo de fontes comerciais? É óbvio que uma regulamentação legal se faz necessária. É com urgência.

B) Os transplantes de órgãos de doadores vivos e oriundos de cadáveres constituem um problema bem mais complexo e de difícil solução. Deve-se ressaltar, de início, que em matéria de transplantes de doadores vivos o binômio do contrato tácito (médico-doente) se amplia em verdadeiro trinômio (médico-receptor-doador). Aparece, pois, pela primeira vez na Medicina, êste terceiro elemento: o doador vivo, o qual sendo necessàriamente pessoa să, idealmente să, não deveria poder ser agredida em sua integridade física em beneficio de terceiro.

No contrato tácito, dentro do princípio da totalidade, a agressão física encontra justificativa no benefício que deve trazer à própria pessoa doente; trata-se de uma operação cirúrgica com finalidade curativa, ao contrário do que acontece com a doação, que é uma operação cirúrgica tão sòmente mutilante para o doador. A agressão à integridade física da pessoa sã em benefício de terceiro implica na legitimação de uma doação inteiramente voluntária por doador maior e plenamente esclarecido quanto às conseqüências e perigos a que se expõe, e, no caso de doador menor, em legitimação da autoridade de doar a ser concedida a quem legalmente a possa assumir (país, tutor).

O receptor, em virtude das próprias condições físicas inerentes a seu caso clínico, tôdas as vantagens tem a esperar da terapêutica proposta; outro tanto não se passa com o doador que, não esperando nenhuma vantagem, a não ser psíquica, sofre um mal irreparável e assume riscos imediatos e mediatos. Ademais, enquanto que para o contrato tácito não se exige nenhuma documentação, no caso do trinômio (doador), é exigível documentação assinada e testemunhada em Cartório.

É óbvio que, no caso de doador vivo, o transplante sòmente pode ser considerado para o caso de órgãos pares, ficando restringido o emprêgo de órgão impar para aquêle oriundo de cadáver.

Consideremos, em primeiro lugar, o caso de doador vivo, de órgão par, portanto, e no qual se sobreleva o transplante renal. Não é possível considerar-se esta espécie de transplante sem anotar que ela depende: 1°) de um doador; 2°) da possibilidade legal de doar e em que condições ser lícito fazê-lo; 3°) das implicações de caráter religioso, moral e ético do ato de doar e do ato de receber; 4°) dos reflexos médico-sociais e sócio-econômicos de tal procedimento; 5°) dos resultados, em têrmos de tempo de sóbre-vida (resultados mediatos) que tal terapêutica pode proporcionar.

1) É necessário encontrar um doador inteiramente voluntário, preferivelmente consangiúneo, com pleno conhecimento das conseqüéncias imediatas e mediatas da mutilação que vai sofrer, em perfeitas e serenas condições psíquicas, e histo-compatível. Excluímos aqui os casos de gêmeos idênticos porque se enquadram melhor no conceito de auto-transplantes do que no de homo-transplantes, isto porque a "barreira imunológica que existe entre todos os sêres humanos exceto entre gêmeos idênticos" Murray os torna absolutamente histo-compatíveis como se se tratasse de um autêntico auto-transplante; e pela raridade dos casos na literatura mundial.

2) A possibilidade de doar e as condições em que seja lícito fazê-lo dependem de legitimação legal. De acórdo com a filosofia enunciada por Cardozo "todo o ser humano de idade adulta e sã mentalidade tem o direito de determinar o que será feito com o seu próprio corpo". Este enunciado abre caminho para a aceitação da legalidade de remover órgãos sãos de pessoas sãs para fins de transplante. Há, entretanto objeções. Na França, notadamente Savatier, pensa que o ato "é ilicito mesmo com o consentimento do paciente e isso por uma referência aos principios do Direito Penal (Art. 389 e seguintes).

Esta justificação é procurada, seja com o fim terapêutico almejado, com a dificuldade que esta finalidade concerne ao doente tratar e não ao doador que, em princípio está em bom estado de saúde, seja em teorías nascidas do direito contratual, o doador tendendo, ao aceitar um risco proporcionando, prevenir em outrem um risco mais grave ainda". EUA "a doação de rim não é formalmente proibida, em virtude do princípio geral que inspirou a Lei comum e segundo o qual todo o indivíduo maior e são de espírito pode dispor à sua vontade de seu próprio corpo". Já na Itália o Código Civil de 1940 pelo seu Art. 5 especificamentes proibe "a remoção de uma parte ou de um órgão do corpo humano, a perda do qual permanentemente diminue a integridade física". Encara-se aqui, pois, o dano irreparável.

Devemos também atentar para as ponderações de Schreiner: "Em primeiro lugar, o transplante faz algum bem? Secundăriamente, se o faz, a quem faz bem? Deve-se dizer isto ao doador e quase consideramos o princípio básico da totalidade, quer dizer, a pessoa em têrmos de sua totalidade espiritual e psiquica tanto quanto sua existência física. Obviamente o homem tem o direito de amputar-se; pode amputar sua perna ou cortar uma área infectada se é para bem de todo o organismo. Se dando um rim é para o seu bem espiritual ou psíquico e isto é reconhecido como parte da pessoa total, parece-me que a particular mutilação torna-se perfeitamente permissível sob a extensão do princípio da totalidade da pessoa física à totalidade da pessoa espiritual.

Mas eu não estendo o princípio da totalidade à sociedade em geral, porque isto invade um território muito difícil, muito próximo do que foi feito na Alemanha sob o Nacional Socialismo. É êste erro filosófico que permite o totalitarismo para o bem da sociedade. O princípio da totalidade é pertinente sòmente à pessoa e não ao grupo".

Reafirma-se assim a necessidade de legalizar a permissão de doar por pessoa com pleno conhecimento das conseqüências imediatas e mediatas da mutilação que vai sofrer, perfeitas e serenas condições psíquicas e num ato inteiramente voluntário isento de pressões de quaisquer naturezas; e a isenção de quaisquer pressões é por vêzes difícil de avaliar. Murray relata esta declaração de um doador: "Bem, agora espero que isso satisfaça a familia". Patenteia-se, pois, a necessidade de acurado exame psiquiátrico de qualquer doador em perspectiva.

Quando se trata de menores de idade o problema se apresenta mais complexo. Este problema foi especialmente estudado em Boston, onde Murray praticou a maior série de transplantes de rim entre gêmeos verdadeiros. No que concerne ao receptor exige-se consentimento escrito dos pais e do menor se êste está em idade de compreender, isto é, se tiver mais de 12 anos. Em muitos Estados existem leis que permitem ao Tribunal para crianças au-

torizar a operação por um motivo grave, apesar da recusa dos país. Quanto ao problema do consentimento do doador é mais complexo ainda. Os juristas esforçaram-se para aplicar ao consentimento do doador as mesmas regras adotadas ao receptor. "Fazem intervir para isso uma motivação particular à situação dos gêmeos, a qual toma em consideração o trauma afetivo que a morte de um irmão gêmeo representaria se não se permitisse a seu irmão dar o seu rim para o salvar".

A Côrte Suprema de Massachussetts estabelece a jurisprudência sóbre êste assunto: a Côrte apóia-se sóbre o testemunho do psiquiatra, afirmando que "a operação era necessária para a saúde futura do doador e que ela constituía um beneficio tanto para o doador. quanto para o receptor". Atualmente esta jurisprudência aplica-se exclusivamente a gêmeos.

Entre nós uma legislação se faz necessária:

- As implicações de caráter religioso, moral e ético, igualmente devem ser tomadas em consideração.
- O doador provém necessàriamente da sociedade em que vive, "pour cause", as convicções religiosas dessa mesma sociedade, bem como as implicações moral e ética, forçosamente têm que ser respeitadas. A sociedade, que fornece os meios e propícia o doador precisa aceitar e apoiar as necessidades médicas.
- Igualmente são ponderáveis os reflexos médicosociais e sócio-econômicos que êste problema envolve.

Em primeiro plano há que considerar o terceiro elemento do trinômio: o doador. Este, devendo ser pessoa idealmente sã quando decide doar, após a doação transforma-se num mutilado voluntário que cedeu um seu órgão para o bem de um terceiro. E, no caso de doar um rim devemos atentar para a opinião de Woodruff: "Um rim pode desenvolver a capacidade para fazer as mesmas funções totais como as de dois rins normais, mas se alguma coisa vai mal com o rim solitário, é muito mais sério".

Esta advertência põe em destaque o problema do diminuido no qual o doador pode ser enquadrado.

As implicações sócio-econômicas, afora o pesado ônus que a terapêutica proposta acarreta, levam Cortesini a considerar: "O doador de rim está habilitado para os direitos de seguro por lei até deixar o hospital".

- E Mme. Revillard acrescenta: "O doador se beneficia da gratuidade da hospitalização e dos exames pré e post-operatórios até seu completo restabelecimento". A isto poderíamos acrescentar esta indagação: e a perda de salários durante o seu impedimento para beneficiar o receptor?
- 5) Finalmente, o que dizer dos resultados mediatos da terapéutica proposta, em térmos de sobrevida e capacidade laborativa. Atualmente, segundo Murray há centenas de pacientes de transplante renal que sobreviveram mais de um ano e muitos que sobreviveram mais de três anos. Reemtsma assevera que atualmente dois têrços dos pacientes que recebem transplantes renais sobrevivem um ano. Traeger estabelece que, no estado atual, o transplante de rim de doador vivo oferece 60% de sobrevida após um ano. Entre nós, Campos Freire já atingiu mais de três anos de sobrevida em sua casuística.

Os transplantes de órgão oriundos de cadáver implicam imediatamente na definição do que seja a morte. O conceito de morte cárdio-respiratória está superado. A própria celeridade imposta para a retirada do órgão a transplantar induziu a novos conceitos.

Atendendo à solicitação feita em 24 de agôsto de 1967 pela APM, a fim de atender pedido formulado pela AMB sobre o envio de uma definição de "morte ou ausência de vida", Hilário Veiga de Carvalho apresentou na Sessão Solene de 14 de março de 1968 uma cuidadosa monografia sob o título: "Humilde tentativa para definir a morte", fazendo-o nos seguintes têrmos: "A desintegração irreversivel da personalidade, em seus aspectos fundamentais morfo-fisio-psicológicos, de molde a fazer cessar a unidade bio-psicológica, como um todo funcional e orgânico definidor daquela personalidade que assim se extinguiu".

O Papa Pio XII disse que "a definição de morte é uma definição científica, e a Teologia não cogita dêste ponto", e estabelece que "pertence ao médico, particularmente ao anestesiologista, dar uma definição clara e precisa da "morte" e do "momento da morte" de um paciente que morre em estado inconsciente. Para isso podemos retomar o conceito usual da separação completa e definitiva da alma e do corpo". Schreiner considera a morte como um problema bàsicamente médico-legal; e as dificuldades de cuidar do "corpus" como um problema realmente médico-social.

Para estabelecer o diagnóstico de morte Alexandre estabelece 5 condições; 1) medríase bi-lateral completa; 2) completa ausência de reflexos, naturais e em resposta á dor profunda; 3) completa ausência de respiração espontânea 5 minutos após parar a respiração mecânica; 4) queda da Pa., necessitando doses crescentes de vasopressores; e 5) EEG iso--elétrico. Revillard a êstes 5 sinais de Alexandre acrescenta mais 2 outros: 1) interrupção da corrente sangüínea no cérebro avaliada por angiografia, e 2) de menor valor, a ausência de reação à atropina. Alexandre anota que em 2 de seus 9 casos foi feita angiografia, e o cérebro não estava irrigado. Woodruff recorda que muitas pessoas, completamente inconscientes, são mantidas em zona crepuscular (a twilight-zone) por meio de máquinas. E opina que uma pessoa que tenha estado mantida viva por meios artificiais esteja realmente morta se se prova a existência de lesões irreversíveis incompatíveis com a vida. Hamburger, em 1959, publicou um caso de uma mulher mantida viva por meios artificiais, mas que apresentava os 5 ítens do critério de Alexandre. Examinada por um neurologista, êste opinou que a paciente estava morta há vários dias. Desligada a máquina e declarada a morte, seguiu-se a autópsia feita por Ivan Bertrand, a qual demonstrou: "todo o sistema nervoso, incluindo o cérebro e a medula espinhal tinham a aparência de um sistema nervoso quando a autópsia é feita uma semana após a morte". Caln acha que se um paciente tem batimentos cardíacos, não pode ser olhado como um cadáver. E Starzl duvida que alguém aceite que uma pessoa esteja morta enquanto seu coração bater; "é necessário não errar na avaliação do "ca-Entre nós, Paulo Vaz de Arruda dáver vivo". opina por 10 minutos de EEG isoelétrico para que se declare a morte. Devemos recordar sempre que a morte não é um momento, mas sim um processo

Estabelecido assim o atual conceito de morte devemos examinar quais os direitos do cadáver e sóbre o cadáver. Que é o cadáver? Pessoa? Coisa? A éste respeito assim se expressam as Atas da Câmara Corporativa de Portugal: "Em caso algum, consequêntemente, o cadáver pode ser aplicado a fins extrínsecos e qualificado de "coisa". A nossa conclusão está, pois, à vista: o cadáver não é nem pessoa nem coisa; mas, em atenção ao que foi e ao que há de vir

a ser, por um lado, e, por outro, aos fins da personalidade, sempre subsiste, de que fêz parte e aos de outras pessoas que com ela estiveram em relação, o cadáver está subordinado a fins intrínsecos, próprios das pessoas, e só pode ser tomado pelo direito como acessório ou extensão das pessoas. Assim, mister se faz estabelecer os direitos do cadáver e os direitos sôbre o cadáver, assunto êste que deverá ser tratado em trabalho paralelo, pelo caráter filosófico e jurídico que implica.

A utilização de órgãos de cadáver poderá ser de órgãos pares e de órgãos impares. Dentre os órgãos pares tem sido utilizado o rim; e neste caso a sobrevida de um ano baixa para 30 a 40%, segundo Traager.

Dos órgãos impares o coração é o que tem sido utilizado com mais frequência. Entre nós foi feito recentemente um transplante de pâncreas cujo resultado mediato, por recente que é, ainda não pode ser devidamente apreciado. As tentativas de transplante de fígado resultaram em insucesso imediato; assim sòmente os transplantes de coração merecem considerações presentemente, pois já contam com mais de 2 dezenas. Infelizmente a cauística é desanimadora. A ainda não vencida barreira imunitária é sem dúvida o maior obstáculo, apesar de como assinala Murray: "o coração é um órgão aproveitável para transplante porque a sua função é realmente menos complexa do que a de outros tecidos, visto que é principalmente uma bomba, e consiste em tecidos de uma fonte germinal". As drogas imunos-supressoras inauguradas por Schwartz e Demeshek em 1954 com a 6 mercaptopurina e tendo passado para um uso mais corrente em 1961 com o uso da azathioprina, encontram atualmente um competidor no sôro antilinfócito, que se apresenta promissor. A irradiação pela BC. parece abandonada. Apesar do otimismo de McBotha, da África do Sul, sôbre as possibilidades do sôro antilinfócito, a inespecificidade de tais recursos parece não resolver, por enquanto, esta questão dominante da barreira imunitária. A técnica operatória descrita por Norman Schumway, adotada por Barnard a melhorada por Zerbini ao inaugurar o transplante "quente", constitui, sem dúvida um grande avanço na técnica cirúrgica. Mas, como adverte Sir Theodore Fox "devemos aprender a refrear-nos de fazer coisas meramente porque sabemos como fazê-las" e, face ao ainda insolúvel problema da rejeição, reconhecer que estamos ainda em fase experimental. E nestas condições atentar refletidamente para as opiniões de Werner Frossmann, de Lars Wercoa e da Escola russa.

Por tôdas estas razões julgamos com Platt que: "Poderia ser melhor continuar a fazer o que estamos fazendo de acôrdo com nossas consciências e esperar conservar-nos fora das mãos da Lei pelo menos por outros 5 anos".

E parece-nos que a melhor maneira de o conseguirmos é adotar o parecer de Hilário Veiga de Carvalho: colocar legalmente em mãos do Conselho Federal de Medicina o poder de autorizar, de como, e em que condições as operações de transplante de órgãos.

involuntivo.

# MAICO S.A. Indústria e Comércio

AZULEJOS INCEPA KERALUX DECORADO

> LOUÇA CELITE METAIS DECA

> > AQUECEDOR JUNKERS AÇO INOXIDÁVEL

> > > CERÁMICA COMUM CERÁMICA VITRIFICADA

> > > > B R A S I L I T CHAPAS — TUBOS PLÁSTICOS

Loja e Escritório: RUA REGO FREITAS, 433 — Telefone: 35-5579 — São Paulo

# MAICO seleciona o que vende

# STERILPINS - A Pinça de Esterilidade Permanente



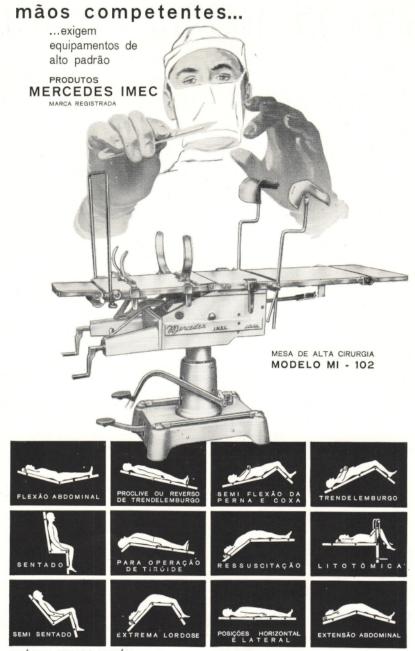
De há longa data, hospitais, laboratórios, médicos, enfermeiros, parteiros, dentistas e farmacêuticos, vêm-se ressentindo da falta de uma pinça esteril, absolutamente segura, sempre pronta para apanhar, segurar e transferir materiais esterilizados.

STERILPINS: foi especialmente construída para:

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

# QUIPEX Comércio e Representações Ltda.

Rua Xavier de Toledo, 210 — 6° — Cj. 64 — Tels.: 36-3889 e 35-2687 S Ă O P A U L O



INDÚSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A. - Rua Mercedes, 101-203 - Fones: 5-0072 e 5-0251 - Lapa - São Paulo

# Primeiro Plano Diretor da

# Superintendência do Desenvolvimento da Fronteira Sudoeste, Sudesul, referente ao Programa de Saúde

Relatório do Grupo de Trabalho — Saúde

# 1 — CONSTITUIÇÃO DO GRUPO

O grupo constitui-se de 26 convencionistas, de Órgãos Federais, Estaduais e Particulares.

# 2 — ESCOLHA DA MESA DIRETORA

Foram escolhidas pelo grupo as seguintes pessoas: Coordenador — Dr. Newton Neves da Silva. Relator — Dr. Sérgio Pacheco Ruschel.

# 3 — APRESENTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DOS ÓRGÃOS DE SAÚDE

Foram apresentados trabalhos e proposições das seguintes organizações, para o triênio 67-69:

- Superintendência da Fronteira Sudoeste (Anteprojeto do Plano Diretor);
- Secretaria de Saúde de Mato Grosso;
- Secretaria de Saúde de Santa Catarina;
- Secretaria de Saúde do Paraná;
- Departamento da Criança da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul;
- Departamento Nacional de Saúde;
- Departamento Nacional de Endemias Rurais;
- Departamento Nacional da Criança;
   Escola de Enfermagem Ana Moeller
- Escola Técnica de Enfermagem Catarina Labouré;
- Comitê de Alimentação e Saúde;
- Campanha de Erradicação da Malária.

Após a apresentação dos trabalhos o grupo chegou às seguintes conclusões gerais:

- Não existe um diagnóstico global e atualizado da situação de saúde da área.
- A inexistência de diagnóstico impede o planejamento de saúde baseado na realidade médico-social do meio.
- Os programas de saúde são feitos em geral, a partir dos escassos recursos disponíveis.
- 4) Há necessidade de aprimoramento dos programas de saúde, através da colaboração e entrosamento entre os vários organismos de saúde e a Fronteira Sudoeste.
- 5) Em consequência, não serão incluídos no presente Plano Diretor da Fronteira Sudoeste, Projetos específicos de Saúde.
- 6) A elaboração dêsses Projetos será feita em reuniões periódicas dos organismos responsáveis pela Saúde da região.

# $4-{\rm DISCUSSÃO}$ DO ANTEPROJETO DO PLANO DIRETOR DA FRONTEIRA SUDOESTE

### 4.1 - Diretrizes Gerais

Foram sugeridas as seguintes alterações e adições às Diretrizes Gerais:

- 1) No item 4 das Prioridades, alterar como segue:
- a) Prioridade absoluta para pré-investimentos (pesquisas, aparelhamento técnico-administrativo, treinamento de pessoal, etc.), considerando-se secundàriamente os investimentos (construção, equipamento, reformas, etc.).
- b) Sòmente em casos excepcionais serão consideradas as Despesas de Custeio (Pessoal, material de consumo, conservação, etc.).
- Incentivar a Municipalização dos Serviços de Saúde e a criação de Unidades de Planejamento junto às Secretarias de Estado.
- 3) Centralizar informações sóbre as atividades de todos os órgãos que desenvolvam atividades de Saúde Pública na região, ou que de alguma maneira com ela se relacionem, procurando coordenar, unificar e complementar seus programas, com vistas a uma futura instituição do Planejamento Integrado de Saúde.
- 4) Procurar a aproximação recíproca entre a Universidade e a Saúde Pública, sensibilizando a Universidade para nossa realidade médico-social, e melhorando os conhecimentos técnico-científicos da Saúde Pública.

### 4.2 — Subprogramas

# 4.2.1 — Treinamento e Aperfeiçoamento de Pessoal

Neste Subprograma, o grupo chegou às seguintes conclusões:

- a) Este Subprograma deve ser considerado uma das grandes prioridades do Programa de Saúde.
- b) Devem ser canalizados maiores recursos para o mesmo.
- c) A maior dificuldade a ser enfrentada neste Subprograma é a indispensável fixação do pessoal de saúde na área. Foi sugerida uma remuneração mais adequada dêsse pessoal, por meio da melhoria dos Salários e complementação dos mesmos por parte

da Fronteira Sudoeste. Além disso, a localização dos centros de treinamento deverá ser estudada convenientemente, procurando evitar a absorção dêsses elementos pelas grandes cidades.

- d) Os conhecimentos técnicos do pesosal de saúde formados ou aperfeiçoados por meio dêste Subprograma, deverão ser mantidos e atualizados através da constante supervisão de equipes técnicas a serem organizadas.
- e) Procurar obter maior participação e responsabilidade das Universidades e Escolas isoladas na formação de pessoal adequado à realidade brasileira, através da reformulação de seus métodos de ensino, e participação ativa na elaboração do Planejamento de Saúde.

# 4.2.2 — Estudos e Pesquisas

As conclusões que encerraram os debates são as seguintes:

 a) Este Subprograma deve ser outra grande prioridade do Programa de Saúde.

Sòmente através de investimentos maciços no mesmo haverá condições para elaboração de Projetos de alcance e profundidade.

- b) Os investimentos neste Subprograma assumem o caráter de urgência quando considerados, os escassos recursos até hoje empregados no mesmo, e o tempo requerido para a utilização das conclusões e recomendações que dêsses estudos resultarem.
- c) As dotações dêste Subprograma devem ser substancialmente aumentadas.
- d) Éste Subprograma será orientado para a obtenção de um Diagnóstico Global de Saúde, utilizando para tanto os recursos existentes nos órgãos federais, estaduais, Universidades, Escolas e demais entidades que possuam serviços adequados.

# 4.2.3 — Atividades Médico-Sanitárias

O grupo resolveu englobar neste Subprograma o de Atividades de Assistência Hospitalar, por considerar indivisíveis êsses dois aspectos da Medicina Integrada, ou seja o aspecto preventivo e o curativo. Essa união permitirá também maior flexibilidade na distribuição dos recursos.

Neste Subprograma deverão ser desenvolvidos os seguintes projetos:

- a) Instalação, reforma e reaparelhamento de Unidades Sanitárias.
- b) Melhoria do equipamento, instalações e organização dos hospitais, objetivando o aumento da eficiência do atendimento hospitalar e conseqüente diminuição da capacidade ociosa existente.
- c) Construção de fossas e poços e outras medidas de Saneamento Básico Rural.
- d) Profilaxia de doenças transmissíveis.

# 4.3 — Dotações

Foi enfatizada pelo grupo a necessidade de aumento das dotações para o Programa de Saúde da Fronteira Sudoeste, considerando, que o Saneamento Básico Rural permanecerá no Setor de Saúde.

Foi sugerido o aumento de 7% para 10% da participação do Setor de Saúde na dotação global da Superintendência.

A seguir, foi discutida e aprovada a seguinte distribuição de verbas entre os Subprogramas do Setor de Saúde:

Atividades Médico-Sanitárias:	70%
Treinamento e Aperfeiçoamento de Pessoal:	20%
Estudos e Pesquisas:	10%

# 5 — CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi sugerido que seja estudada a possibilidade de ampliação da área de ação da Superintendência de modo a abranger a totalidade de área dos Estados, a fim de evitar o planejamento fracionado para uma unidade política, administrativa, social e econômica. Concluindo, o grupo estabeleceu que a Fronteira Sudoeste promoveria uma reunião trimestral em cada Estado, de todos os organismos de saúde existentes no respectivo Estado. Essas reuniões seriam organizadas pelas Secretarias de Saúde nos meses de março, junho e setembro, sendo que em dezembro seria realizada uma reunião conjunta dos quatro Estados.

### GRUPO: RECURSOS HUMANOS

Coordenador — João Felippe Blom Lied

### SUBGRUPO: SAÚDE

Coordenador: Dr. Newton Neves da Silva (Amrigs) Relator: Dr. Sérgio Ruschel (Fronteira Sudoeste)

- 1. Sérgio Ruschel Fronteira Sudoeste
- Clóvis V. de Moura Secretaria da Saúde Mato Grosso.
- 3. Heitor Silveira Secretaria da Saúde Rio Grande do Sul.
- 4. Augusto Bastos Filho Departamento Nacional de Saúde.
- Adolfo Rosevies Secretaria da Saúde Paraná.
- 6. Almir Torres Brandão Secretaria da Saúde Paraná.
- 7. Irmã Maria Eunice Reichert Escola de Enfermagem Rio Grande do Sul.
- 8. Natal Leonaudelli Secretaria da Saúde Rio Grande do Sul.
- 9. Orlando Seabra Lopes Delegado Regional da Criança.
- Flávio Antônio Luce Secretaria da Saúde Rio Grande do Sul.
- Abdias Leite Mello Dep. Nacional Endemias Rurais.
- 12. Wilmar Dias Universidade Federal de Santa Catarina.
- 13. Notburga Rosa Reckziegel Comitê de Alimentação e Saúde Rio Grande do Sul.
- 14. Luiz Angelo Giacobbo IRGA.
- 15. Antônio Muniz de Aragão S.C/S.S.
- Maria H. Neri Escola Enfermagem PA.
- 17. Maria H. L. Silveira C.D.E. RS.
- Luiz M. Marchesan C.D.E. RS.
- 19. Dr. Ernani Camargo INDA RS.
- Nelson Resende Faculdade de Medicina Pôrto Alegre.
- Dr. Carlos Eugênio Pôrto Ministério da Saúde Rio.
- 22. Dr. Pelagio Parigot de Souza Ministério da Saúde Rio.
- Odiles Pereira Centro Regional de Pesquisas Regionais — Pôrto Alegre.
- 24 Mário Dantas L.B.A..
- 25. Enf. Léa Fonseca Fronteira Sudoeste.
- Newton Neves da Silva Associação Médica do Rio Grande do Sul.
- 27. Arduvin J. Dolio U.S.A.I.D.
- Irmã Maria Turkiewez Escola Técnica de Enfermagem Catarina Labourê Paraná.

# Estudo crítico das construções

# hospitalares inadequadas (\*)

ENG. ARMANDO CÉSAR LEITE DRA. MARIA JOSÉ IMBASSAHY DA SILVA DOS SANTOS

### INTRODUÇÃO

A Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.), do Ministério da Saúde (M.S.) vem participando sempre, com grande satisfação, de todos os Conclaves de natureza especializada, como o da Terceira Jornada de Administração Hospitalar, ora em realização no Estado da Guanabara.

Trata-se de iniciativa da maior importância, fadada a repercussões de grande interêsse e, desde já, de êxito absoluto plenamente assegurado, pois que é sua patrocinadora a ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR e está sendo promovida pela ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO.

Foi confiada à D.O.H. a tarefa de relatar trabalho sôbre "Estudo crítico das construções hospitalares inadequadas" e o assunto, sem dúvida oportuno, vai aqui modestamente exposto, como contribuição, para a qual espera, a mesma D.O.H., que possa merecer acolhida justa e debate franco, por parte da ilustre assembléia aqui presente, que, de modo tão brilhante, vem colaborando para o sucesso amplo desta magnifica Jornada.

Por certo, todos os senhores conhecem deveras o problema e estão sobejamente capacitados a discutí-lo.

Contudo, a nossa atitude vem calcada em diretriz antiga, seguida desde longo tempo e da qual não nos afastamos. Como Órgão Normativo do Govêrno Federal, que tem entre as suas atribuições, a orientação e a melhoria da política hospitalar brasileira, não nos parece lícito, que a D.O.H. deixe passar qualquer oportunidade de atuar efetivamente nesse campo. Ainda mais, a nossa experiência não se limita a determinada Unidade da Federação, mas temos, hoje, uma vivência total do problema, que abrange as diferentes áreas do território nacional.

Desde o Norte e o Nordeste, com a sua pobre economia extrativa até o Leste e o Sul, mais ricos e industrializados, sem esquecer o "hinterland", muito ainda a desbravar. Todos tão semelhantes e tão dessemelhantes ao mesmo tempo, componentes de um Brasil único e indivisível, cujas necessidades contudo devemos suprir, atentando sempre para as características e peculiaridades próprias de cada região.

Eis porque aqui nos encontramos, neste momento, sem temer o risco de insistir sôbre assunto já debatido e repisar verdades já conhecidas, muitas vêzes, repetindo o que nós mesmos já dissemos em outras oportunidades. Pois, julgamos ésse o nosso dever, sobretudo, em se tratando de uma questão que tem repercussões tão efetivas e imediatas no campo da Assistência Hospitalar.

### CONCEITUAÇÃO DO TEMA

Restritos ao "Estudo Crítico das Construções Hospitalares Inadequadas", no seu sentido literal, parece-nos que bem pouco poderíamos dizer sôbre o assunto, ou teríamos, forçosamente, que nos cingir apenas a comentários a respeito da qualidade do material empregado na feitura do edifício, que mais tarde iria abrigar o nosocômio. Quando muito, caberiam críticas à má qualidade do material empregado, implicando na menor durabilidade do prédio; à impropriedade da sua escolha, no que tange à facilidade de sua limpeza e conservação, ou à prevenção de acidentes. Indo um tanto mais longe, talvez pudéssemos nos referir à eletividade do ma-terial, face às condições mesológicas e climáticas da região, visando o maior confôrto dos funcionários e dos doentes; ou à utilização de material próprio da região, quando possível, com vistas ao barateamento da obra, sem prejuízo da sua finalidade; ou ainda à forma arquitetônica do prédio, que deveria servir à estética sem desservir à função. E finalmente, num estágio mais avançado, poderíamos discutir o tipo de construção em relação com as condições sócio-econômicas da localidade, visualizando a integração do hospital no meio ambiente.

No entanto, quer-nos parecer que a questão é muito complexa, sendo as construções inadequadas, apenas uma das modalidades de exteriorização do fenômeno. E quiçá daquelas não mais representativas.

E o têrmo construção foi usado aqui numa acepção mais ampla, tendo-se em mente, na verdade, o Estudo Crítico do Planejamento Hospitalar Inadequado. E sob êsse prisma, nos propomos a tratar do tema. Sem outro intuito senão aquêle inspirado pela necessidade de proporcionar um melhor equacionamento do problema. Que, na realidade, planejamento inadequado, ou mesmo falta do planejamento, é um mal que afeta a maioria dos empreendimentos brasileiros, inclusive e sobretudo, aquêles do campo da Administração Hospitalar. Especialidade nova de apenas alguns anos, ela se ressente, muitas vêzes, da inadequação dos seus mé-

<sup>(\*)</sup> Trabalho apresentado pela Divisão de Organização Hospitalar na III Jornada de Administração, da Associação de Hospitais do Rio de Janeiro — Rio de Janeiro, outubro de 1964, pelos técnicos da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde.

todos práticos de trabalho, do que resulta uma série de erros, mais ou menos constantes, a maior parte dêles podendo ser arrolada no capítulo do planejamento.

Estabelecido êsse ponto de vista passaremos em linhas gerais ao:

# ESTUDO CRÍTICO DO PLANEJAMENTO HOSPITALAR INADEQUADO

Se nos detivermos um pouco sôbre o assunto, veremos que não é sem razão que o Planejamento se situa na Previsão, um dos 5 elementos da função administrativa de Fayol. Com efeito, para o êxito de qualquer empreendimento, necessário se faz, como etapa inicial, um planejamento cuidadoso e multifacetado, que abranja todos os ângulos do problema a ser solucionado. E mais evidente se torna essa necessidade no campo da Assistência Médico-Social, onde qualquer iniciativa implica em grande empate de capital, que não rende juros ou dividen-dos em espécie, como as emprésas comuns, de caráter puramente comercial. Mesmo, as chamadas instituições assistenciais de finalidade lucrativa, pela própria natureza da atividade específica que realizam, devem condicionar antes o seu lucro ao bom atendimento do doente. Além disso, o constante atendimento do doente. progresso da medicina, determinando o aparecimento de um número cada vez maior de especialistas que requerem, para o exercício de sua profissão treinamento e equipamento especializados de alto custo, tende a tornar também mais alto o custo da assistência, que é sabidamente mais elevado para a medicina curativa que para a medicina preventiva. por mais paradoxal que possa parecer, são os países subdesenvolvidos em virtude mesmo das suas precárias condições sócio-econômicas aquêles que, ao lado dos problemas de saúde pública, apresentam maior cota de problemas de medicina curativa. Que podem e devem ser estudados de conjunto com estas as soluções prioritárias indicadas, já que não se admite mais hoje em dia linhas de demarcação nítida entre medicina preventiva e curativa, dadas as suas relações e interligações efetivas. Tornando ainda mais evidente o paradoxo, são também os países subdesenvolvidos - e as mesmas razões são válidas aqui — aquêles que mais se ressentem da falta de planejamento adequado das suas instituições assistenciais. Essa é a situação de fato, que não podemos negar, antes devemos enfrentar e tentar resolver.

No nosso próprio país, constatamos a todo instante, em decorrência dêsse estado de coisas, erros antigos que se repetem pelo tempo a fora.

Seguindo a nossa orientação de insistir sôbre o assunto, como já fizemos em outras oportunidades, citaremos aqui alguns exemplos do planejamento inadequado e, mesmo, da ausência de planejamento da assistência médico-social.

Duas ou até mais instituições assistenciais do mesmo tipo em uma cidade onde, às vêzes, um planejamento acurado demonstraria não haver necessidade nem de uma, podendo os casos de especialidade, ser atendidos no hospital geral. Isso diz respeito, principalmente a hospitais infantis e a maternidades, que a assistência à maternidade e à infância é uma "alavanca emocional" de grande potência. Principalmente para a consecução de fins políticos e eleitoreiros, que condiciona também, muitas vezes, a construção de hospitais em comunidades que dêles não necessitam, nem os podem sustentar, e que, por isso mesmo, quase nunca vêm a funcionar, ou mesmo nem chegam a ser terminados. E ficam-se estragando por anos a fora, representando um empate de capital que nunca será recuperado. Quando um competente planejamento — se tivesse havido — poderia ter feito construir êsses hospitais em localidades que oferecessem condições para o seu funcionamento e possibilidade até de atendimento das comunidades vizinhas. Por falta de planejamento adequado, dota-se uma comunidade com o tipo de assistência especializada de que ela não necessita, quando se deveria construir um hospital geral; ou constroi-se uma maternidade quando seria mais necessário um hospital para tuberculosos, e assim por diante.

Por falta de planejamento específico, implicando na adoção de soluções gerais para casos diversos, temos visto hospitais que funcionam precàriamente, pagando um pesado tributo a êsse êrro inicial.

Hospitais também existem em que não foram estudados os problemas de localização, orientação e insolação, acarretando desconfôrto para os pacientes e dificultando as atividades de todos os que aí trabalham. Ou determinando excessiva penetração do hospital pelos doentes externos, para o seu atendimento no Ambulatório ou nos diversos Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento, errôneamente localizados, às vêzes, em diversos pavi-mentos do hospital. Do que decorre além disso, despesa extra e evitável da instalação, conservação e manutenção de maior número de elevadores. Outras vêzes, são novos hospitais construídos para localidades onde uma ampliação bem planejada de antigos hospitais gerais já existentes resolveria a contento a situação. E se êles chegam a funcionar com uma percentagem infima de ocupação, que cai também nos outros hospitais existentes, provando claramente o equívoco da sua construção. Isso sem mencionar a perda de tempo e dinheiro com construção e equipamento material. Porque o equipamento humano já constitui outro aspecto dêsse quadro geral que estamos focalizando e é quando são construídos hospitais em localidades que não dispõem nem de um médico efetivo, quanto mais do restante pessoal técnico habilitado. Claro que estão fora dêsse grupo os casos similares, em que se procura resolver o impasse com a imobilização de pessoal técnico e o preparo do pessoal local.

Esses casos, porém, são raros e, geralmente, estão sob a responsabilidade de organizações idôneas; e não deixam de representar uma modalidade de tentativa de dotar de assistência médico-social as comunidades carentes. E, de qualquer sorte, já traduzem uma preocupação com o planejamento dessa assistência. Mas, a regra é o contrário, que, na prática, o planejamento quase inexiste e o que existe mesmo são vários municípios brasileiros sem médico, cujo número vai aumentando à proporção que novos municípios vão sendo criados, sem apresentarem os mínimos requisitos exigidos.

Uma evidenciação bastante curiosa da deficiência do planejamento aparece quando hospitais filantrópicos, individualmente bem planejados, bem construídos e bem organizados, ao cabo de 2 ou 3 anos de funcionamento, estão em situação financeira desesperadora. É interesasnte notar, no entanto, que nessas circunstâncias, êsses hospitais localizados em cidades situadas em zonas de franco desenvolvimento, deveriam à primeira vista, e por justa razão, desfrutar de auto-suficiência econômica. Todavia. o que se pode verificar aqui, é que não foram levadas na devida conta, algumas peculiaridades sócio-econômicas da região, que conta com várias instituições assistenciais em outras cidades mais florescentes, para onde se dirigem os doentes de maiores recursos, ligados que estão aos médicos proprietários dessas casas de saúde por laços de amizade e até mesmo de parentesco, já que uns e outros, na sua maioria, começaram a sua vida de trabalho, para a conquista da independência financeira, nessa região de economia promissora e, nova, apenas de alguns anos e com ela cresceram e se desenvolveram, o que mais os igualou e aproximou. Enquanto isso, os hospitais filantrópicos, totalmente desaparelhados para luta tão desigual, ficam reservados aos doentes não pagantes, que acorrem mesmo de localidades vizinhas, sabedores que são da existência dêsses bons hospitais, aonde chegam às vêzes, em estado de penúria, tendo gasto na viagem as poucas economias. Certos de que ao final, receberiam assistência adequada, sem nenhum ônus para êles.

E também comum encontrarmos hospitais com tanta repetição dos serviços técnicos e assistenciais em geral, distribuídos pelos diversos pavimentos, que êsses acabam-se transformando em pequeninos hospitais deficitários dentro de um hospital maior e mais deficitário, porque recebe a carga total de erros de cada um dos hospitaizinhos de per si.

E as conseqüências dêsses erros não precisamos realçar, que estão bem evidentes no excessivo gasto com construção, equipamentos material e humano, e se refletem no funcionamento, pela excessiva descentralização da administração. O pior porém, é que isso ocorre em alguns dos chamados hospitais de clínica, ainda em construção e que depois de prontos, pela sua própria natureza de órgãos mais diferenciados da assistência hospitalar, deveriam estar em condições de facultar essa assistência no mais alto padrão técnico e científico. E ainda lhes cabe a responsabilidade não menor do preparo e formação profissional do elemento humano especializado, que irá depois prestar essa assistência.

Por falta de entrosamento entre os diversos órgãos encarregados da assistência, vemos localizados onde são construídos hospitais gerais, maternidades, postos de saúde, postos de puericultura que não funcionam ou o fazem precáriamente, demonstrando que uma Unidade Integrada de Saúde (Unidade Mista), onde estivessem reunidas as atividades de medicina curativa e preventiva, seria a solução indicada para o caso.

Outro aspecto que deve ser focalizado aqui, diz respeito ao planejamento das despesas com a assistência, já que o orçamento faz parte da previsão.

No entanto, êsse orçamento, falho, porque baseado em premissas errôneas e dados inexatos, é logo E começa, então, uma verdadeira ultrapassado. "via crucis" para a obtenção do dinheiro para a conclusão da obra, que, geralmente, aparece sob a forma de subvenções intermitentes, determinando que a obra se arraste por anos a fio. A situação se agrava ainda mais, quando existe concomitantemente um auxílio para equipamento, que deve ser recebido sob pena de perda da subvenção (e fica--se estragando êsse tempo todo) porque não é permitido o estôrno de verbas. E o resultado de tudo isso é que o hospital depois de concluído — se a tanto chegar a sua sorte — já está obsoleto para o funcionamento.

A veracidade do que afirmamos, válida tanto para a iniciativa oficial, como para a iniciativa particular, está evidenciada no "Levantamento de Hospitais com Obras Paralisadas", realizado em 1961, pela Divisão de Organização Hospitalar, e que, no momento, se encontra no Gabinete do Ministro da Saúde, para análise e competentes providências.

Como se poderá ver a seguir, a Divisão de Organização Hospitalar não teve participação no plane-jamento dêsses hospitais, limitando-se a reconhecer uma situação de fato e a empreender estudos no sentido da resolução do problema já existente, estabelecendo critérios gradativos de prioridade, para a conclusão dos referidos hospitais, com vistas, principalmente às necessidades assistenciais das diversas comunidades.

Sobressaem nesse grupo, dentre os hospitais oficiais, 2 subgrupos, que constituem o que, errôneamente, se denomina:

 Rêde Hospitalar do Vale do São Francisco, integrada por 32 hospitais, distribuídos, sem o menor critério técnico, ao longo do Rio São Francisco, e entregues em 1950, mediante convênio, ao então, Serviço Especial de Saúde Pública, para funcionamento.

Dêsses, apenas 10 estão funcionando como hospitais (Unidades Mistas, do ESP) e, assim mesmo, após haverem sofrido obras de complementação e adaptação.

2) Rêde de Convênio, compreendendo hospitais — quase meia centena — localizados em várias Unidades da Federação e construídos em 1946, pelo Govêrno Federal, em convênio com os Estados e Municípios, através do Departamento de Administração do, então, Ministério da Educação e Saúde.

Dêsses, muito poucos se acham em funcionamento, a maioria contribuindo substancialmente para a relação dos hospitais com obras paralisadas.

O restante da relação, ou seja o 3º subgrupo é fornecido pelos hospitais particulares. Apresenta
umas tantas peculiaridades, quanto ao planejamento, se assim podemos dizer. Projeto feito por
qualquer arquiteto, engenheiro ou desenhista, profissionais de alto gabarito, é certo, mas que não
têm a menor idéia do funcionamento de um hospital, quando a obra não é mesmo executada sob
a responsabilidade do próprio diretor da Instituição, mediante um simples "croquis" rabiscado por
êle com o auxílio de um conhecido mestre de obras
local.

Vários dêsses projetos que nos têm chegado às mãos, à guisa de justificativa para o recebimento de verbas constantes do orçamento da República, são sempre criticados pelo nosso Serviço, que, geralmente, procura dar sugestões no sentido de melhorá-los, quando se trata de obras em andamento; ou substituí-los, quando as obras não foram, ainda, iniciadas e, nestes casos, sempre oferecemos os nossos préstimos para a elaboração de um ante-projeto para os ditos hospitais.

Com isso, temos a certeza que estamos prestando um relevante serviço à causa da Assistência Médico-Hospitalar em nosso País, pois tais instituições beneficiadas que foram, não só levarão para as suas regiões um melhor padrão técnico, como serão exemplos para outras tantas, que, certamente, procurarão seguir o mesmo caminho.

A título de ilustração, passamos a apresentar, em resumo, alguns pareceres nossos, que confirmam o que dissemos acima:

I — Em um processo encaminhando o projeto de hospital para um determinado município formulamos a seguinte crítica:

### 1. Porão

- a) O almoxarifado deveria ter acesso mais fácil.
   Sua localização no porão não se justifica, diante da grande circulação a percorrer para o seu atendimento.
- b) A lavanderia está mal projetada. A sala de costura devería estar anexa à rouparia e a circulação existente passando pela lavanderia constitue outra falha do projeto, agravada ainda mais com o trânsito do lixo, neste andar, para o incinerador, através da mesma.
- c) O acesso direto ao porão pelo hall principal, é de grande inconveniência para a administração do hospital em conseqüência da interferência do movimento do pessoal dêsse setor com a circulação social do dito estabelecimento.

### 2. 1º Pavimento

 a) A administração do Hospital está lançada em 3 planos de níveis diferentes, inconvenientemente ligados por meio de escadas, de seu uso exclusivo, obrigando o diretor a servir-se das mesmas para o acesso ao hospital.

### 3. 2º Pavimento

- a) O bloco cirúrgico apresenta uma circulação contínua, com acesso franco aos elevadores.
- b) A esterilização central estaria melhor situada se fizesse parte do bloco cirúrgico, tendo em vista uma maior solicitação por parte dessa unidade.
- c) Os elementos constituintes do pôsto de enfermeira ficariam melhor situados se estivessem conjugados, com as devidas separações, sética e assética.

Diante do exposto, somos de parecer que o projeto em causa deverá, ser reestudado, tendo em vista uma melhor solução dentro da técnica hospitalar".

 ${
m II}$  —  ${
m Em}$  um outro processo, opinamos da seguinte forma, sôbre o ante-projeto apresentado:

"Examinando o ante-projeto em aprêço, observamos que se trata de um hospital de 200 leitos.

Será uma obra da ordem de 250 milhões de cruzeiros, de difícil realização.

Os interessados deveriam ter elaborado um programa mais modesto, com possibilidades de ampliação futuras.

O ante-projeto possui um partido arquitetônico original, apresentando algumas falhas:

- Uma série de entradas muito afastadas, obrigando a uma circulação de grande percurso.
- Apesar de grande área de terreno, foi previsto sub-solo, ficando o ambulatório sóbre a cozinha e o hall principal sóbre a lavanderia, tornando essas áreas aquecidas.
- 3) Grande cruzamento de circulação no hall principal do  $1^{\circ}$  pavimento.

Díante do exposto, somos de parecer que a Instituição deverá organizar outro programa, a fim de que o seu arquiteto possa elaborar um nôvo anteprojeto."

III — Um outro ante-projeto para um hospital de 200 leitos.

O projeto apresentado à nossa apreciação possui muitos pontos positivos, que demonstravam ter sido o seu autor devidamente assessorado na elaboração do mesmo.

Quanto ao partido adotado para solução em planta, coube de nossa parte a seguinte observação: "Os blocos são muito extensos e estão distribuídos no terreno de um modo tal que as circulações de interligações dos diversos Serviços se apresentam demasiadamente longas, ocasionando um entrosamento, se não difícil, pelo menos custoso.

Num hospital dêsse vulto, uma circulação vertical seria a solução mais aconselhável, diminuindo distâncias, com economia na construção e facilidades na utilização do mesmo.

Em se tratando de obra em início de construção, julgamos oportuno ponderar aos responsáveis pela instituição se o município em aprêço teria capacidade para arcar com a responsabilidade da manutenção de um hospital de tal vulto e cujo custo de construção seria, na ocasião, da ordem de Cr\$ 300.000.000,000 (trezentos milhões de cruzeiros".

IV — Outro processo encaminhava pedido de um ante-projeto de hospital para certo município, que já possuia um Hospital de Caridade, com 60 leitos. Sôbre o caso em lide, respondemos que a política hospitalar brasileira, defendida nos Congressos Nacionais de Hospitais, recomenda, entre outras providências, dar aos hospitais existentes prioridades na melhoria da assistência hospitalar local, não só mediante a ampliação, como no que tange ao melhoramento do padrão técnico das respectivas insta-

lações, através de reforma e ampliação dos referidos hospitais.

Antes, portanto, de se cogitar da construção de um nôvo hospital no município em aprêço, seria recomendável examinar a possibilidade de tornar o Hospital de Caridade existente em condições de atender às necessidades locais; em caso contrário, a solução mais adequada seria, mesmo, a pleiteada pelo sr. Prefeito Municipal.

- A Divisão de Organização Hospitalar estaria pronta a estudar o assunto, desde que lhe fornecessem os elementos indispensáveis seguintes:
- a) Plantas-baixas e planta de situação do hospital existente.
- b) Condições de conservação e qualidade da construção do dito hospital.
- c) Planta do terreno em que se deseja construir o nôvo hospital.
- d) Informar se o hospital em aprêço deverá ser construído no mesmo distrito ou em distrito diferente daquele onde se acha localizado o Hospital de Caridade.
- e) Programa do nôvo hospital.
- Prova de personalidade jurídica da nova instituição.

Poderíamos enumerar uma série de pareceres vasados sempre de acórdo com o mesmo ponto de vista: criticar, orientando e auxiliando as instituições na realização dos seus empreendimentos dentro da técnica-hospitalar, e levando em consideração o problema médico-assistencial da região, onde se encontra a instituição interessada.

Com efeito, no 1º parecer, fizemos a crítica do anteprojeto apresentado e nos prontificamos a cooperar com a Instituição, desde que tal cooperação fôsse solicitada pela mesma. No 2º parecer, após a critica, opinamos pela elaboração de um nôvo anteprojeto, tendo em vista um programa mais exequivel. Aliás, conforme dissemos, êsse nôvo trabalho foi por nós executado, a pedido da parte interessada.

No 3º parecer, em se tratando de uma obra de vulto, e estando a mesma em início de construção, julgamos oportuno, ainda, chamar a atenção dos responsáveis para o fato de estar ou não o município em aprêço em condições econômico-financeiras de poder concluí-la e mantê-la em funcionamento, a fim de evitar que seja aumentada a lista já bem extensa, de hospitais cujas obras se acham paralisadas e de hospitais fechados por falta de condições para o seu funcionamento.

No 4º parecer, o prefeito do município solicitou à Divisão de Organização Hospitalar um anteprojeto de hospital. Como existe no referido município um outro hospital, opinamos de acôrdo com o preconizado pela política hospitalar brasileira, que dá aos hospitais existentes prioridade na melhoria da assistência hospitalar local, mediante ampliação e elevação do padrão técnico dos ditos hospitais, antes de iniciar qualquer obra nova.

Muitos casos se apresentam de hospitais que já estão com a construção avançada e que nos enviam os seus projetos para efeito de recebimento de novas verbas para a continuação das obras. Na maioria, tais projetos estão cheios de falhas, que poderiam ter sido evitadas, se os mesmos tivessem sido examinados antes do início da construção.

Tendo em vista todo o quadro que foi aqui analisado, julgamos bastante oportuno apresentar alguns comentários a respeito dos requisitos que deve preencher um

# PLANEJAMENTO HOSPITALAR ADEQUADO.

Com efeito, do exposto, verificamos que a assistência médico-social à comunidade envolve um grande número de situações específicas que devem ser cuidadosamente estudadas para a solução requerida.

A primeira providência nesse sentido diz respeito ao planejamento, que no nosso entender, não mais deve ser encarado, apenas, em têrmos de planejamento individual de uma instituição isolada, mas, ao contrário, deve ter um sentido bem mais amplo, abrangendo o planejamento da assistência para tôda uma região, sendo a instituição assistencial, o instrumento para a prestação dessa assistência. Por isso mesmo, assumirá uma feição diferente, de acôrdo com o tipo de assistência que irá prestar desde a mais elementar, expressa na Unidade Integrada de Saúde, até a mais diferenciada, a cargo do Hospital de Ensino, com estágios intermediários representados pelo Hospital Local, pelo Hospital Distrital e pelo Hospital de Base, todos êles funcionando perfeitamente entrosados entre si e com os órgãos de medicina preventiva, formando uma Rêde Assistencial, tècnicamente planejada e funcionalmente eficiente. O que não quer dizer que cada região deva obrigatoriamente comportar êsses cinco tipos de hospital, pois que a instituição assistencial, como já dissemos, deverá atender às necessidades da região e ao mesmo tempo, satisfazer os requesitos da técnica, de vez que o seu funcionamento deverá ser o mais eficiente possível.

O problema do planejamento de um hospital compreende os dois aspectos: social e geográfico.

Para projetarmos, portanto, um hospital, teremos, em primeiro lugar, que pesquisar quais são as necessidades da clientela a servir, a fim de estabelecer a natureza, a capacidade e o tipo de instituição mais adequado à mesma; e, em seguida, examinar detalhadamente as condições geográficas da região, a fim de obter os elementos necessários à localização do hospital, à orientação do prédio, à distribuição das áreas e ao tipo de construção mais conveniente.

De posse de todos êsses elementos, estaremos, então, em condições de formular o programa da nova instituição, que poderá ser um hospital-geral, ou um hospital especializado, ou mesmo, uma Unidade Integrada de Saúde, quando procuramos concentrar todos os recursos disponíveis, como solução comum aos problemas médico-assistenciais da área considerada. Esta última solução, aliás, hoje muito empregada nos casos de municípios do interior, de condições econômico-financeiras de baixo nível, contribui com indiscutíveis vantagens para o atendimento do problema assistencial, não só sob o ponto de vista financeiro, com uma administração única em um mesmo prédio, como com relação aos problemas de pessoal e de Serviços comuns, evitando a duplicidade de tais Serviços, além das vantagens do entrelaçamento entre as diversas unidades do estabelecimento.

Já, agora, poderemos partir para o 1º estudo de trabalho arquitetônico, lançando mão dos ensinamentos da técnica hospitalar, quanto à interdependência nos diversos Serviços e distribuição de áreas adequadas aos mesmos, ligadas por meio de circulações, com o mínimo de interferências, e com amplitude suficientes aos fluxos respectivos, levando-se em conta o binômio tempo-espaço, isto é, funcionamento com mínimo de perda de tempo e de espaço a percorrer.

Analisando êsse 1º trabalho e corrigidas as falhas, possivelmente existentes, passaremos, então, para o 2º estudo ou, conforme a situação dêste, para o ante-projeto do hospital. Novos retoques ainda possíveis, e começaremos finalmente, a elaboração do projeto definitivo, abrangendo plantas-baixas, cortes, fachadas e detalhes diversos.

Como vemos, trata-se de um trabalho que só deverá ser feito por equipe especializada, da qual deverá fazer parte, como elemento chave, o consultor-hospitalar, ou seja o elemento que orienta o trabalho, visando o máximo de eficiência no funcionamento da futura instituição. Esse elemento chave, geralmente é um médico, de grande experiência em administração hospitalar.

Daí se conclui que o êxito do trabalho definitivo quanto à cobertura que o nôvo estabelecimento vai dar à clientela a servir, depende essencialmente da veracidade dos elementos colhidos, representativos das necessidades da comunidade a assistir.

O Anexo I, contendo o conjunto de elementos que caracterizam uma região qualquer, abrange tôdas as condições sociais e geográficas, pertinentes à dita região, e de cujo conhecimento depende a elaboração de planejamento e de tipo de hospital mais indicado à mesma.

As condições sociais nos põem a par, não só da situação sanitária e hospitalar da região a assistir, com os seus índices, coeficientes e dados relativos ao grau da assistência já existente na dita comunidade, como também, com relação aos seus recursos disponíveis e em potencial, tanto financeiros como técnicos, além do grau de colaboração dos poderes públicos e da população em geral, em prol da realização do empreendimento em jógo.

As condições geográficas nos fornecem os dados relativos à situação da região e do terreno destinado à construção do hospital, com relação à vizinhança, ao acesso, às vias de comunicação e meios de transporte, ao urbanismo, ao aspecto físico, às condições demográficas, ou seja, a maneira pela qual a população se distribui e cresce na área, e bem assim, quanto à topografia do terreno destinado ao hospital e às facilidades de ligação às rêdes de água, esgóto e energia elétrica.

A apreciação dos coeficientes de morbidade, de mortalidade e de natalidade da região e dos dados relativos ao número de incidências de cada doença, nos levarão ao critério de distribuição dos leitos pelas diversas clínicas do hospital. Paralelamente, os índices e dados relativos às condições econômicas da população nos orientam quanto à distribuição dos leitos segundo os grupos econômicos, reservando-se leitos para aquêles que não poderão retribuir ao hospital os serviços que lhe são prestados.

O projeto completo de um hospital compreende, ainda, os projetos das diversas instalações e bem assim, o projeto estrutural e as especificações técnicas. Tódas essas partes constituintes do projeto definitivo deverão ser elaboradas em harmonia umas com as outras, a fim de que sejam evitados os choques na execução da obra. Deverão, pois, fazer parte, ainda, da equipe de planejamento hospitalar um técnico instalador e um calculista.

Como vemos, o trabalho é complexo e sumamente especializado e a sua elaboração só deverá ser feita por uma equipe especializada, constituída dos seguintes elementos: o consultor-hospitalar, como assesor médico da equipe, e o arquiteto e o engenheiro, como executores dos projetos de arquitetura, de instalações e de cálculo estruturado.

Fora dessa orientação, o projeto nunca é um trabalho perfeito e geralmente sai eivado de erros de graves conseqüências, pois a correção de tais êrros, quando possível, é feita às custas de grandes verbas, que poderiam ser aplicadas, em outras finalidades no hospital. E o resultado nunca corresponde, sobretudo em têrmos de funcionamento, devido ao inadequado planejamento inicial.

# CONCLUSÕES

- 1 A falta de planejamento adequado ter determinado uma série de erros de graves consequências no campo da Assistência Médico-Social no Brasil.
- 2 Tal estado de cousas está sobejamente evidenciado no número de hospitais que se acham rela-

cionados no "Levantamento de Hospitais de Obras Paralizadas", realizado pela Divisão de Organização Hospitalar em 1961.

3 — Visando à solução dêsses casos específicos, como medida preliminar, mister se faz o estabelecimento de um critério de prioridades, em termos de assistência médico-social, como, também, as suas disponibilidades para a prestação dessa mesma assistência.

4 — Todo projeto de hospital deverá ser elaborado por equipe especializada, da qual deverão fazer parte, como elementos indispensáveis: o consultor-hospitalar, como assessor-médico da equipe, e o arquiteto e o engenheiro, como executores dos projetos de arquitetura, de instalações, de cálculo estrutural e das especificações técnicas.

5 — Visando a prevenir futuros erros de planejamento, todo projeto de hospital, mesmo aquêles de finalidade lucrativa, deverá ser examinado e ter sua execução fiscalizada pelo competente Órgão Oficial especializado.

6 — Urge o levantamento de tôdas as disponibilidades e necessidades médico-assistenciais locais em todo o país, visando ao planejamento de uma Rêde Médico-Assistencial, dentro de um programa de zoneamento para todo o território nacional, de maneira que só se possa construir um hospital de acôrdo com um Plano Diretor Oficial.

		a — Situação Sanitária	1 — Índice-vital e de mortalidade 2 — Coef. de natalidade, de morbidade e de mortalidade 3 — Assistência Sanitária 4 — Saneamento
	A — Condições Sociais	b — Situação Hospitalar	
		c — Situação Econômica	
		d — Recursos disponíveis	$ \begin{cases} 1 & \text{Financeiros} \\ 2 & \text{Econômicos} \\ 3 & \text{Técnicos} \end{cases} $
		e — Organização Administrativa	
Características		f — Situação Política	
da Região		g — Nível Educacional	
		[	1 — Vizinhança
	B — Condições Geográficas	a — Situação	2 — Acesso
			3 — Vias de Comunica- ção e Meios de Transporte
			4 — Urbanismo
			5 — Aspecto Físico
			6 — Condições Demográficas  { Distribuição Indices de Crescimento
		b — Topografia	( 112 2100011101110
		c — Facilidades de Liga- cão às Rêdes de água, Esgôto e Energia Elétrica.	
BIRLIOGRAFIA		CHILL	ADAMS AVADORA AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN

### BIBLIOGRAFIA

ROBERTO M. M. — Arquitetura Hospitalar — Rev. Plan. Hosp. 1955, maio/junho, pág. 10.

VALDETARO, OSCAR — O Arquiteto e o Hospital — Rev. Plan. 1956, jan./iev., pág. 5.

VALDETARO, OSCAR — Problemas do Planejamento Hospitalar no Brasil — Rev. Plan. Hosp. 1956, jan./fev., pág. 25.

LEVI, RINO e KARMAN JARBAS — A Pesquisa no Planeja-mento da Assistência Médico-Hospitalar — Rev. Hosp. Hoje 1956 — 1º Trimestre, pág. 4.

BANDEIRA DE MELLO, H. — Os Sete Pontos Básicos na Sistematização do Planejamento Hospitalar — Rev. Plan. Hosp. 1955, maio/junho, pág. 9.

CARDOSO, ACS QUEIROZ — Elaboração de um Projeto de Hos-pital, Elementos Médicos-Sociais — Rev. Paul. Hosp. 1954. junho, pág. 7. Rev. Paul. Hosp. 1954, julho, pág. 9.

GUIMARÃES, MARCELO LEITE — Considerações sôbre Plane-jamento Hospitalar. — Rev. Paul. Hosp., 1954, agôsto, pág. 35.

LEITE, ARMANDO CESAR — Generalidades sôbre Planejamento Hospitalar e Pura-hospitalar — Anais X Congresso de Higié-ne, pág. 50.

LEITE, ARMANDO CESAR — Escolha de Local para Hospital.

IMBASSAHY SANTOS, M. J. — Situação da Assistência Hospitalar no Brasil. — III Cong. Brasileiro de Hospitais 1961 — julho 2 a 9.

IMBASSAHY SANTOS, M. J. e LOBO ALTHAIR — Planejamento de umu Réde de Saúde. — Anais X Cong. Higiéne, pág. 52. Rev. Paul. Hosp. 1953, junho, pág. 9.

Ante-projeto da Lei Orgánica de Assistência Médico Hospitalar para o País. — Rev. Plan. Hosp. 1956 — abril/junho, pág. 7.

Levantamento dos Hospitais com Obras Paralizadas — D. O. H., 1961.

# Remuneração do consultor hospitalar

GERALDO JOSÉ DA ROSA E SILVA GENNYSONA M A D ONELSON DE CARVALHO MESQUITA OBERDAMREVEL \_ PERRONE

1 — Introdução

# 11 — O PROBLEMA E SUA JUSTIFICATIVA

É assunto pacífico que o planejamento da construção, da instalação e da organização ou reorganização de um hospital se caracteriza, na atualidade, como problema técnico da mais alta complexidade e relevância, a exigir a participação de especialistas devidamente qualificados.

Dos pronunciamentos e debates que se vêm repetindo, em diferentes oportunidades, pode concluir--se que a tarefa deve ser atribuída a uma equipe. a cuja frente se situam o arquiteto, o engenheiro e um médico especialista, que se convencionou designar como "Consultor Hospitalar".

Este especialista é hoje considerado como um dos principais responsáveis pelo êxito do planejamento e sua intervenção deve processar-se, tanto na fase de projeto como no período de plena atividade funcional ou ainda, quando da reorganização do hos-

Acontece que os dois primeiros profissionais já integram categorias perfeitamente definidas e caracterizadas como profissão liberal. Quanto ao "consultor hospitalar", embora já caracterizada a atividade, ainda não se conceituaram, nem a especialidade nem as qualificações e habilitação a serem exigidas do especialista. Em outras palavras, é indispensável que se lancem as bases para a regulamentação da profissão de "consultor hospitalar". Por outro lado, e tal como já foi feito em relação ao arquiteto e ao engenheiro que participam do projeto, é indispensável equacionar o problema de sua remuneração, em bases racionais e condignas. Nessa ordem de idéias, é necessário que, ao se fixarem o orçamento e a previsão das despesas com o planejamento, a construção e a organização de um hospital; ou as despesas com a reforma, ampliação e/ou reorganização de uma instituição já em funcionamento, sejam considerados os gastos com a remuneração do consultor hospitalar. Assim, o assunto se enquadra perfeitamente entre os pro-blemas econômicos e financeiros que gravam direta ou indiretamente o hospital, objeto da III Jornada de Administração Hospitalar, promovida pela As-sociação de Hospitais do Rio de Janeiro, sob o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar. Não foi outra a razão pela qual a Comissão de Temário dêsse Conclave resolveu incluir nos debates o tema que nos foi dado relatar.

O início da Jornada com um tema desta natureza tem ampla justificativa, principalmente se considerarmos os seguintes aspectos:

a) carência de hospitais e de leitos hospitalares, nas várias regiões do País:

b) absoluta desorganização da quase totalidade dos hospitais brasileiros, condicionando seu baixo ren-

c) deficiência numérica de técnicos, escassa formação de novos consultores e ausência de especialistas nos quadros administrativos do País;

d) falta de compreensão da importância das atividades de consultoria e, consequentemente, escassa retribuição ou remuneração por êsse tipo de atividade:

e) ausência de conceituação e regulamentação da

ausência de normas ou critérios que regulem a remuneração adequada das atividades de consultoria hospitalar.

Nessas condições, a abordagem do assunto tem, pelo menos, a finalidade de levantar o problema. visando a proporcionar o amplo debate sôbre o mesmo, e sobretudo, estabelecer um roteiro de sorte a que, em futuro não muito distante, se possa atribuir uma remuneração condigna a tão importante

### 12 — Exame da situação

Tal como em tantos outros setores da atividade humana, também no setor da organização e da administração hospitalares se fazem sentir os efeitos do sub-desenvolvimento. Muitas vêzes por falta de meios, outras por incompreensão dos responsáveis, os hospitais são construídos, instalados e postos a funcionar sem qualquer programa.

Por falta de planejamento, a construção e a instalação se arrastam, deficiente e morosamente, e. mais cedo ou mais tarde, entram a apresentar graves defeitos. Em consequência acarretam maio-A ausência de um programa converes despesas. nientemente amadurecido para a organização dos vários serviços, determina consequências imprevisíveis, às vêzes erros grosseiros, que dificultam o veis, as vezes erros grosserros, que ha construción pamento. Aqui, mais do que na construção e na instalação do hospital, se fazem sentir os efeitos da falta de planejamento. O hospital mal planejado e mal organizado não pode ser bem adminis-Funciona mal e rende pouco, tornando-se excessivamente oneroso.

O sub-desenvolvimento por seu turno constitui o fator condicionante da falta de meios para a conveniente formação de técnico sem consultoria hospitalar, tanto quanto de pessoal devidamente qualificado e treinado, para trabalhar nos hospitais; e que retarda ou quase anula o aproveitamento do ingente esfôrço de um abnegado grupo de idealistas que, congregados em associações de hospitais, vêm de há muito desenvolvendo um trabalho silencioso mas construtivo, discreto mas honesto, sincero e tenaz, em prol da melhoria do padrão as-

sistencial de nossos hospitais.

Atualmente, a formação de especialistas, em nosso País, vem sendo obtida através de cursos de especialização, realizados em algumas unidades da Federação. O ensino da especialidade teve início, no Brasil, em 1943, com a realização do 1º Curso de Organização e Administração Hospitalares, sob o patrocínio da Diretoria dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde. O Curso foi criado pelo Decreto-lei nº 4.296, de 13 de maio de 1942, e regulamentado pelo Decreto-lei nº 9.388, da mesma data. De 1943 a 1958, funcionou regularmente diplomando, em 16 anos, 385 especialistas (11, no Curso realizado na capital do Pará, em 1956). A partir de 1959, foi o Curso transferido para a responsabili-dade da Escola Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Saúde. Até 1963, realizaram-se apenas dois cursos, com a formação de 35 especialistas. No corrente ano, está sendo realizado o terceiro curso, com uma frequência média de 11 médicos. Além do Curso de Organização e Administração Hospitalares, para médicos, realizou a Diretoria dos Cursos do D.N.S., nos anos de 1958 a 1961, 4 cursos de Prática Administrativa Hospitalar, para profissionais não médicos. Concluiram êsses cursos 22 técnicos.

Em 1951, surgiu o Curso de Administração Hospitalar, promovido pela Faculdade de Higiene e Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Embora não nos tenha sido possível obter dados sôbre o número de técnicos diplomados, podemos informar que nos 13 cursos realizados, até 1963, devem ter sido diplomados cêrca de 300 técnicos.

Posteriormente, surgiram cursos ministrados pela Escola de Saúde Pública, do Paraná, em 1959; e pelo Instituto de Higiene do Nordeste, em Recife, no ano de 1960. Dêsses cursos, só vem tendo continuidade o de Recife, que já diplomou cêrca de

30 especialistas.

Finalmente, e a partir de 1962, passou a funcionar o Curso de Planejamento, Organização e Administração de Hospitais, promovido pela Escola Médica de Pós-Graduação, da Pontifícia Universidade Católica. Esse Curso, inicialmente destinado a médicos foi, a partir de 1963, estendido a outros profissionais de nível universitário e diplomou, até 1963, 47 especialistas. No corrente ano, estão frequentando

regularmente o curso 34 alunos.

Com base nos dados acima expostos, podemos estimar em cêrca de 780 o número de técnicos em Organização e Administração Hospitalares, até hoje diplomados no Brasil. Lamentàvelmente, e por diferentes circunstâncias, nem todos êsses técnicos se encontram em atividade. Acreditamos, mesmo, que uma grande parte esteja-se dedicando a outros problemas, agravando mais ainda a escassez de técnicos existentes. Na verdade, a realidade brasileira se expressa em têrmos de carência. Basta lembrar uma das conclusões a que chegou a Co-missão encarregada de estudar a Assistência Médica, em nosso País, por ocasião do Congresso da Associação Médica Brasileira, realizado em Ribei-rão Prêto, em 1957: "a assistência médica urbana, no Brasil, é deficiente, não só no setor hospitalar como no de ambulatório. Falta aos hospitais número suficiente de leitos, sendo que a maioria dos existentes não satisfaz às condições técnicas mínimas desejáveis".

2 — Conceituação das atividades de consultoria hospitalar.

### 21 — GENERALIDADES

O processo de desenvolvimento de um país, em particular, e das nações, em geral, traz como con-seqüência o surgimento de novos campos de atividades em todos os setores da vida humana. Assim considerando, e tendo em vista sua rápida difusão, face ao avanço da tecnologia, verificou-se no mundo atual o surgimento de nova especialidade, relacionada com a organização e a administração de

Indiscutivelmente, muito se lucrou com a adoção, no campo da assistência hospitalar, dos conhecimentos técnicos surgidos com o advento da Administração Científica e adotados inicialmente pelas emprêsas comerciais e industriais. Tal orientação se justifica plenamente pelo fato de ser o hospital moderno uma emprêsa ou organismo essencialmente complexo. Na atualidade, êle representa muito mais do que um lugar para tratar e curar o doente, de vez que deve funcionar como instituição educacional, como laboratório de pesquisas, como emprêsa industrial e comercial e até como hotel. Assim sendo, torna-se necessário que o técnico ou profissional especializado em organização e administração hospitalares tenha conhecimento de todos os problemas que interferem no planejamento e no funcionamento dêste grande complexo que é o hospital. Sòmente desta maneira se poderá obter maior eficiência no funciona-mento do hospital e, consequentemente, melhor padrão de serviços por êle prestados.

As atividades do Consultor Hospitalar abrangem o largo espectro que pode ser medido desde o levantamento das necessidades de leitos da comu-nidade, à implantação do funcionamento de unidades que programou, que assistiu efetivamente construir e que entrega aos usuários em condições de prosseguir, pelos seus próprios meios, em rítmo de regular produtividade.

Na faixa em que se aplica cabem, ainda, a reformulação física e a reorganização estrutural de hospitais existentes ou de seus departamentos, bem como o estabelecimento de planos de administra-

Seu exercício profissional representa uma das mais complexas e difíceis atividades humanas do mundo moderno. Com o significado que o Hospital incorporou nêste século, constituindo com a Escola e o Templo as bases onde se assentam o bem-estar e o progresso dos novos, aquêle premunindo a saúde e corrigindo seus desvios, integrando o indivíduo no quadro atuante da sociedade, A ESCOLA e o TEMPLO alçando o homem aos benéficos estágios da cultura e da sublimação do espírito, a tarefa de dotar as populações de entidades hospitalares convenientes à sua plena finalidade exige a participação efetiva do Consultor Hospitalar, figura profissional nova, da atualidade.

A qualificação do consultor imprime-lhe grau de de perito.

Essa identidade decorre da multiplicidade e da riqueza de aspectos técnicos e científicos que lhe cabe encarar, na prática profissional. Sem que lhes seja necessàriamente exigida onicompetência, especialização profunda em cada um dos numerosos elementos que o planejamento e a funcionalidade eficientes do hospital requerem, cada setor ou atividade diferenciada merecendo, de per si, entendimento específico de apuro técnico elevado, o Consultor Hospitalar deve dominar, todavia, conhecimentos gerais basilares e sólidos, fruídos no estudo constante e sempre em atualização das doutrinas e conceitos, da experimentação das técnicas, da avaliação dos resultados e, imprescindivelmente, da vivência pessoal, amadurecida, com o Hospital, desde a gênese de sua idéia a sua concretização efetiva, em têrmos de pleno funcionamento. Ele é, pois, um perito em generalidades, sem que necessite ser um especialista em particularidades.

Ser perito significa ser experimentado, prático, sabedor, hábil, douto. São êsses os atributos típicos do Consultor Hospitalar, na sua acepção integrante. Para ser experimentado é preciso ter vivido circunstâncias ligadas ao seu exercício. Para ser prático, deve saber aplicar os frutos de sua experiência. Do sabedor, exige-se ser erudito, um "conhecedor vasto e variado" da matéria com que lida, conciso e preciso nas suas concepções e ações.

Hábil, que seja apto para a profissão, que possua sensibilidade e inteligência afinadas a induzir e conduzir as soluções mais adequadas aos objetivos a que se vota. Devendo ser um douto, terá que ser estudioso, pesquisador, cultor de seu campo científico, de seu terreno técnico.

Ante a conceituação que se tenta fixar, da figura profissional de Consultor Hospitalar, e, por conseguinte, na natureza de suas atividades, é de se inferir que se está fazendo referência ao generalista em matéria hospitalar global, embora de exigida profunda cultura em todos os aspectos e não daquêle especialista, particularmente devotado e preparado em um ou mais dêsses aspectos, mas não de todos em geral, designado pelos tratadistas estrangeiros, notadamente os norte-americanos, de consultor em, por exemplo, contabilidade hospita-lar em arquivo médico..., em "survey" ... etc. Não se trata de elevar uma ou desmerecer outra dessas figuras, tão importantes mas que, isoladamente, nada operariam; nem de negar ao especialista aba-lisado o título de consultor. Ao contrário, propõe-se uma conceituação que se alinhe no espírito do título que encima êste tema e que, ao se desdobrar na consideração das atividades parciais, fugiria ao sentido que motivou sua projeção sob o ângulo pretendido. Mesmo porque, ao arrolarmos atividades de consultoria hospitalar, forçosamente estaremos anotando aquelas a que muitos podem se dedicar preferencial ou exclusivamente.

Parece ser oportunidade inestimável desta Jornada para que seu plenário defina conceituações como as que lhe estão sendo oferecidas a apreciar e decidir. É a hora aprazada, ainda que tardia, para a tomada de posições ainda mal caracterizadas e, talvez por isso mesmo, ignoradas por quantos detem possibilidade de concretizar empreendimentos hospitalares, desconhecendo a existência ou não sabendo atrair competentes para assegurar sua eficiência.

Quando o fazem, socorrem-se de quem conhece êste ou aquêle aspecto, sem levar em conta o conjunto, o todo. Quantos de nós não têm sido consultados sôbre elementos parciais de composição física ou funcional, de um hospital, mesmo quando a um ou mais dêsse elementos estejam ligados outros, de igual importância?

Embora o reconhecimento da conveniência de ser buscado o aconselhamento na modalidade referida já represente a consciência do papel do entendido, há que se projetar e defender a imprescindibilidade do Consultor Hospitalar na armação do todo hospitalar, desde a concepção da idéia à formulação programática do que se pretende. Há que se firmar sua presença proveitosa para orientar e demarcar as bases dos empreendimentos desejados. Atente-se para seu campo de atribuições e ter-se-á à vista sua natural importância na conjugação dos elementos que, reunidos, vão assegurar a propriedade econômica e a eficiência de emprêsa, da grande emprêsa, seja ela uma rêde hospitalar ou simplesmente uma pequena unidade.

O procedimento de um inquérito de comunidade para avaliar suas justas necessidades, em têrmos de assistência hospitalar, para a fixação de número e de tipos de unidades de que careça, impõe análise nítida de fatores econômicos, sanitários, educacionais, sociológicos, geográficos e geofísicos, vias e meios de transportes, recursos financeiros e materiais, de indústria, de comércio: o processamento de cadastro de profissões e das disponibilidades de técnicos que possam ser recrutados a servirem nas unidades que se fizerem indicadas; bem assim a programação das normas gerais para a seleção e o treinamento de pessoal.

Convocado a orientar os proprietários de um hospital a ser construído, interpreta a idéia em têr-mos de programa que a delineie em concretização possível. Emite parecer primário e documentado sôbre se vantajosa ou não, aos fins pretendidos. Com o arquiteto encara as dimensões do terreno, sôbre ser adequado e bem situado e opina sôbre a escolha mais condizente ao tipo da edificação específica. Expõe pontos de vista atualizados sôbre o partido mais proveitoso a ser efetivado ante o que se objetiva, ou seja, a armação arquitetônica que mais convenha à funcionabilidade desejada. Estuda, compõe e discute o programa preliminar. Aprecia os tipos de materiais mais próprios a pisos, paredes, tetos, ferragens, revestimentos internos e externos, tratamento acústico e tôda a série de detalhamentos recomendados à natureza da edificação e de todos os seus departamentos.

Entende-se com o engenheiro de instalações, visando a que sejam atendidas as linhas e os pontos de acionamento energético do hospital em tôda sua rica trama de necessidades. Coopera na disposição e nas especificações do equipamento fixo, ante-projeto, elaborado em planta baixa, da interrelação geral das diferentes unidades do hospital, estabelecida com o arquiteto no estudo conjunto preliminar. Revê o projeto definitivo, em consonância com as decisões havidas.

Discute com os mentores do nôvo hospital ou os diretores de instituição que está sendo re-organizada a formulação da política a ser adotada e corporificada em instrumentos normativos, com o Regulamento Geral ou o Regimento Interno, inclusive com referência aos aspectos administrativos gerais, administração de pessoal, de material e contábil. Estabelece a sistemática e acompanha a elaboração de normas gerais de funcionamento, rotinas, técnicas, etc. Colabora na estruturação de cada departamento, na fixação das necessidades de pessoal, na definição das atribuições e competência de cada setor e de cada individuo, na padronização de questionários e modêlos a serem utilizados.

Toma parte ativa, por fim, na programação e na implantação do nôvo hospital ou dos serviços que vêm de ser re-organizados.

Ao Consultor Hospitalar, a quem cabe traçar as generalidades da programação a ser cumprida e coordenar, em comunhão com o arquiteto e o engenheiro, as etapas de seu desenvolvimento, é lícito e mesmo de prática honesta, apoiar-se na perícia de especialistas competentes, em matéria de alta especialização ou em que haja técnicos consagrados. Não é de exigir-se, por exemplo, que o Consultor Hospitalar seja capaz de elaborar e implantar um plano de Contabilidade específica, de detalhamento minucioso; nem que seja um paisagista de reconhecido bom gôsto, mas que saiba, todavia, transmitir a êsses especialistas o que deseja concretizar; que tenha a nítida compreensão sôbre dever ouvir a enfermeira capacitada, a nutricionista avisada, quando da planificação dos serviços que estarão a cargo de profissionais dessa categoria. Dominando o universo do hospital, é válido ao Consultor Hospitalar cercar-se, êle sim, de técnicos es-

sultor Hospitalar cercar-se, éle sim, de técnicos especializados que saíbam oferecer, no setor a que se limitarem, subsídio precioso ao conjunto da realização.

A audiência dêsses técnicos, no caso, é posta em têrmos de problemática já considerada em relacionamento em um todo e não em expressão fraccionária de sua manifestação, como seria se chamados por quem não tenha a formação e os atributos do Consultor Hospitalar. A diferença parece tão frisante que não se enfatiza além da conceituação já firmada.

Ao se conceituarem as atividades do Consultor Hospitalar, não se deve perder de vista que sua apli-

cação constitui fator insubstituível de êxito em quaisquer dimensões em que se coloquem idéias e planos de assistência hospitalar, se se pretende seja ela econômica e eficiente.

### 22 — VANTAGENS DA AÇÃO DO CONSULTOR HOSPITALAR

As atividades do consultor hospitalar proporcionam à organização uma variada gama de vantagens, dentre as quais podem citar-se:

- a) reduz o custo da operação;
- b) elimina as atividades desnecessárias e não essenciais;
- c) aumenta a eficiência de cada atividade necessária:
- d) elimina duplicidade de qualquer natureza;
- e) torna o trabalho menos fatigante;
- f) elimina o desperdício de tempo, energia e material;
- g) melhora o atendimento do paciente;
- 3 O Consultor Hospitalar: qualificações, habilitação e formação profissional

### 31 — QUALIFICAÇÕES

Conceituadas as atividades de consultoria hospitalar e a figura do consultor hospitalar, cumpre definir, ainda que esquemàticamente, quais as características intelectuais, culturais e de personalidade, que devem ser exigidas de profissional de tão alto nível.

No esquema ora proposto, tentou-se a sistematização de problema, sob a forma de sugestões para debates e definição da orientação a seguir.

### 311 — Requisitos pessoais:

### a) Fatores positivos:

311.1 — Intelectuais: nível mental compatível com a complexidade das tarefas a desempenhar. Inteligência preferivelmente abstrato espacial, ou seja, habilidade para manejar eficazmente abstrações, capacidade de identificar as relações entre elas e de resolver os problemas por seu intermédio; e capacidade para compreender e lidar com coisas e mecanismos. Atenção e percepção; memória auditiva, visual e associativa. Iniciativa e capacidade de observação. Precisão, entendida como clareza e não como rigidez. Bom raciocínio, imaginação e associação de idéias. Capacidade de julgamento claro entre o principal e o secundário, ou seja, justa noção da hierarquia de valores; boa capacidade de planejamento e organização.

311.2 — Psico temperamentais: entre outros, capacidade de liderança, estabilidade e contrôle emocionais; noção de responsabilidade e integridade moral; prudência, discernimento, disciplina mental e meticulosidade; interêsse e entusiasmo pela tarefa, objetividade, adaptabilidade e versatilidade; espírito de equipe e de cooperação, ou seja, tato e habilidade para influenciar pessoas e capacidade para aceitar a colaboração alheia.

311.2 — Psico-temperamentais: entre outros, capado estético, acuidade visual e boa percepção de formas e côres.

- a) fatores negativos:
- dependência econômica;
- intransigência e rigidez psicológica;
- preconceitos;
- precipitação;
- espírito céptico;

- falta de interêsse e entusiasmo;
- espírito comercial;
- formação profissional deficiente ou inadequada (teórica e prática).
- 312 Qualificação profissional
- 312.1 Formação e especialização:
- a) básica (essencial):
- diploma de curso de nível universitário;
- diploma de formação e especialização em Organização e Administração Hospitalares;
- b) complementar (desejável, mas não essencial):
- diplomas de curso de Administração, Organização e métodos, Ciências Sociais, Ciências Econômicas, Administração Médica, Estatística Aplicada, Relações Públicas, etc.

### 312.2 - Atividades científicas:

- a) participação, como relator, co-relator ou conferencista, em congresso, jornadas e outras atividades científicas, da especialidade;
- b) participação, como membro efetivo, em bancas examinadoras de cursos, da especialidade;
- c) participação efetiva e contínua em congressos, jornadas, seminários, simpósios e outras atividades científicas, da especialidade;
- 312.3 Atividades didáticas: participação, como professor, assistente ou auxiliar de ensino, em cursos da especialidade;
- 312.4 Atividades associativas: participação, como membro efetivo, em associações hospitalares;
- 312.5 Trabalhos, na especialidade: laureados, apresentados em congressos, jornadas, centros de estudos e outras reuniões científicas; e publicados.

### 313 — Experiência anterior:

- a) em planejamento, organização e re-organização de unidades médico-sociais (de preferência em trabalho de equipe), como consultor, coordenador geral da equipe, coordenador de grupos, colaborador ou assessor eventual;
- b) em cargos de direção ou chefia de instituições hospitalares ou de órgãos de administração médica;
- 314 disponibilidade de bibliografia e documentação especializada e atualizadas, próprias ou accessíveis.

# 32 — Habilitação profissional.

Tal como já foi dito, não ha no Brasil, critérios para se reconhecer um profissional como habilitado ao exercício das atividades de consultoria hospitalar.

As qualificações propostas consituem um dos fundamentos a serem considerados. A par disso, e aqui fica a sugestão, devem a Associação Brasileira de Hospitais e a Academia Brasileira de Administração Hospitalar, orgãos de cúpula da Organização e Administração Hospitalares em nosso

País, considerar a fixação de critérios e normas para a concessão de título de especialista, à semelhança do que vem fazendo a Associação Médica Brasileira, em relação às especialidades médicas. Paralelamente, devem tais entidades pugnar pela inclusão, nos quadros da Administração pública, nos âmbitos federal, estadual e municipal, da figura do consultor hospitalar.

## 33 — Formação do profissional

Pelo que acaba de ser exposto, conclui-se que a formação do especialista é o recurso mais apropriado que se tem e de que se pode lançar mão para elevar o padrão de eficiência e aumentar o rendimento de trabalho, nas organizações hospitalares.

Em tese, o curso de Organização e Administração Hospitalares proporciona a formação básica de profissionais que se destinam ao exercício de duas formas distintas de atividades: a direção ou administração de hospitais, quer como dirigentes, quer como auxiliar ou assessor de administração; e a de consultoria no estudo de projetos, no planejamento e na racionalização de serviços ou no contrôle de atividades hospitalares. Nessas circumstâncias, temos caracterizados o Administrador Hospitalar e o Consultor Hospitalar. Entenda-se, porém, que essa especialização constitui uma derivação de cursos universitários, para um setor restrito de atividade técnica que é o da organização e da administração de hospitais.

Constitui ponto pacífico o considerar que a formação de especialistas, nesse campo de atividades, é uma necessidade premente. Na atualidade, não mais se pode aceitar o autodidatismo ou a aprendizagem através de ensaios, tentativas ou erros; ou ainda, o surgimento espontâneo de profissionais.

Apesar do que ficou dito, aceitamos que, em circunstâncias excepcionais, o estudo e a vivência prolongados do problema, possam dar bons resultados. Cumpre reconhecer a excelente qualificação de alguns técnicos que, embora sem formação em cursos da especialidade, vêm-se dedicando com sucesso às atividades de consultoria hospitalar.

A crise brasileira, no campo hospitalar, é em parte representada pela incapacidade administrativa e em parte, pela falta de elementos qualificados para exercerem a difícil tarefa do planejamento. Não há, por outro lado, uma conscientização adequada do problema e os responsáveis pela realização de cursos de especialidade nem sempre compreendem o alcance do problema. Esta uma das razões por que, em alguns setores, não tem havido a desejável e indispensável regularidade e continuidade de cursos já criados. Tais cursos têm sido insuficien-tes para atender à demanda de pessoal especializado, em todo o País. Além dos cursos que já se encontram em pleno funcionamento devem, a nosso ver, ser de imediato implantados cursos similares, entre outras, nas seguintes capitais: Belém, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte e Pôrto Alegre, cidades nas quais já existem, por sinal, universidades bem instaladas, comportando perfeitamente cursos dessa natureza. Essa orientação se estriba no fato de que é difícil deslocar dessas regiões do País, para o Rio ou São Paulo, pelo espaço de tempo necessário, profissionais experimentados, radicados nos vários Estados da Federação. Mesmo porque o deslocamento dêsses profissionais, por ser altamente dispendioso, só pode ser feito de maneira reduzida, o que se torna altamente prejudicial.

Tal medida virá imediatamente beneficiar a coletividade, pois a formação do consultor hospitalar e sua atuação nos hospitais só poderá aprimorar e elevar o padrão da assistência prestada aos pacientes que procuram a instituição. Um curso dessa natureza tem por finalidade:

- a) proporcionar aos interessados a aquisição de elevada soma de idéias, conhecimentos e técnicas;
- b) promover e favorecer a especialização;
- c) conceder orientação metodológica adequada.

Nestas condições, são imprescindíveis os conhecimentos ministrados através das disciplinas abaixo relacionadas:

- Conceitos gerais e evolução histórica dos hospitais;
- Administração Geral;
- Administração de Pessoal:
- Administração de Material;
- Orçamento e Contabilidade;
   Psicologia do Trabalho e Relações Humanas;
- Organização e Métodos;
- Relações Públicas;
- Estatística Aplicada;
- Planejamento arquitetônico, de instalações e equipamentos;
- Administração Hospitalar e Saúde Pública;
- Serviços Administrativos;
- Saneamento do Meio;
- Problemas Sócio-Econômicos;
- Serviços Técnicos Hospitalares;
- Serviços Médicos;
- Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento;
- Planejamento básico de Administração e Organização Hospitalares;
- Prática de planejamento e estágio.

Essa multiplicidade de disciplinas constitui fator primordial de aperfeiçoamento e especialização, visto que o administrador e o consultor hospitalares dêles não podem prescindir para exercer, com eficiência e probidade, suas atividades profissionais.

4 — Bases para a avaliação do trabalho do consultor hospitalar.

A nosso ver, a remuneração do consultor hospitalar há-de ser equacionada sob várias aspectos. Básicamente, deve ela ser adequada, isto é, correspondente ao volume do trabalho, ao grau de conhecimentos, de experiência e de responsabilidade que se exigem do profissional.

Aceito o princípio da adequação, poderemos equacionar o segundo aspecto fundamental: como remunerar o trabalho de consultoria?

A resposta a êste quesito não é fácil e tem causado dificuldades para que o consultor e os interessados cheguem a uma solução eqüânime.

Os critérios que se propõem, a seguir, representam apenas uma tentativa de sistematização e análise do problema. Quando mais não seja, terão os relatores aproveitado a oportunidade para encaminhar aos estudiosos algumas sugestões sôbre o assunto que aguarda, ainda racional solução.

Acreditamos haja, pelo menos, quatro ordens de fatores a considerar, para que se possam fixar os honorários do consultor hospitalar. Referem-se êsses fatores:

- ao consultor;
- ao planejamento;
- à instituição;
- à modalidade de exercício da consultoria.

- 41 Relativos ao Consultor:
- 411 qualificação profissional;
- 412 experiência necessária ou exigida;
- 42 Relativos ao planejamento:
- 421 vulto e extensão das tarefas;
- 422 grau de participação do Consultor: responsabilidade pela coordenação geral da equipe; coordenação de grupos; colaboração ou assessoria eventual;
- 423 número provável de horas de trabalho (em pesquisas, trabalho pessoal e reuniões de equipe);
- 424 tipo de trabalho a ser executado:
- a) participação na elaboração de projetos hospitalares;
- b) planejamentos administrativos:
- I organização de serviços;
- II re-organização de serviços;
- c) racionalização do trabalho;
- d) consultas e pareceres;
- e) assessoria permanente;
- 425 custo total do empreendimento;
- 426 apropriação do trabalho do arquiteto e do engenheiro, na elaboração dos respectivos projetos.
- 43 Relativos à instituição:
- finalidades e clientela;
- disponibilidade econômico-financeira do grupo responsável;
- condições sócio-econômicas da coletividade a que vai servir a instituição;
- porte;
- localização topográfica.
- 44 Relativos à modalidade do exercício da consultoria: o exercício da especialidade comporta, pelo menos, quatro modalidades de atividades:
- a) consultor hospitalar designado ou contratado, com atuação permanente na instituição;
- b) atividade eventual do consultor, concedendo pareceres ou atendendo a consultas e elaborando críticas ou dando sugestões, quando solicitado;
- c) consultor hospitalar integrando equipes interprofissionais de planejamento, para elaboração de projetos hospitalares, sua implantação e contrôle de execução;
- d) consultor hospitalar efetuando planejamento administrativo ou re-organizando, executando a racionalização de tarefas e a implantação de serviços, após o competente levantamento.

Deve ficar previamente estipulada a responsabilidade das despesas com pessoal auxiliar, aquisição de material de escritório, remuneração dos desenhistas, datilógrafos e diversas. Quando as atividades de consultoria devam ser exercidas fora da localidade, é necessário prever as despesas com viagens e transportes do consultor e de elementos da equipe.

- 5 Conclusões e recomendações
- I O Planejamento da construção, da instalação, da organização ou re-organização de hospitais se caracteriza, na atualidade, como problema da mais alta relevância e complexidade, a exigir a participação de especialista devidamente qualificado — O CONSULTOR HOSPITALAR.
- II O CONSULTOR HOSPITALAR é, na atualidade, ao lado do arquiteto e do engenheiro, o principal responsável pelo êxito do planejamento e da organização de instituições hospitalares e para-hospitalares.
- III Sua participação é tanto mais importante quanto mais grave se nos configura o panorama hospitalar brasileiro, principalmente quanto à carência de leitos, completa desorganização e baixo rendimento da maioria das unidades hospitalares, atualmente em funcionamento, no País.
- IV As atividades de consultoria caracterizam-se pelo seu aspecto, multiforme, qu eimplica numa extensa e complexa soma de conhecimentos especializados, aliada à sólida experiência, resultante da vivência do problema, através de atividades científicas, didáticas, associativas e de pesquisa ininterrupta.
- V Dentre as qualificações do CONSULTOR HOS-PITALAR, devem considerar-se requisitos intelectuais, psíco-temperamentais e sensório-percepcionais; formação profissional adequada e larga experiência.
- VI Estima-se em pouco mais de oitocentos o número de técnicos até hoje diplomados em cursos de formação e especialização, no País. Esse número é considerado insuficiente, principalmente se se levar em conta que grande parte não se dedica, atualmente, ao exercício das atividades de consultoria hospitalar. Forçoso é reconhecer a necessidade de dar-se continuidade aos cursos já existentes, além de criarem-se novos cursos, em várias unidades da Federação.
- VII É necessária e inadiável a regulamentação da profissão de CONSULTOR HOSPITALAR.
- VIII A Associação Brasileira de Hospitais e a Academia Brasileira de Administração Hospitalar devem considerar o problema da qualificação do especialista e estabelecer critérios para a concessão de título de especialista em consultoria hospitalar. Devem, por outro lado, pugnar pela inclusão dessa categoria profissional nos quadros da administração pública, federal, estadual e municipal.
- ${\tt IX}-{\tt E}$  indispensável equacionar, em bases racionais, o problema da remuneração do CONSULTOR HOSPITALAR.
- X Na avaliação do trabalho do CONSULTOR HOS-PITALAR devem considerar-se, entre outros, os seguintes fatores: qualificações e experiência do consultor; vulto e extensão das tarefas, grau de participação e responsabilidade do CONSULTOR, número de horas e tipo de trabalhos a serem executados; custo total do empreendimento e apropriação do trabalho do arquiteto e do engenheiro; características da instituição e modalidade do exercício da consultoria hospitalar.

# VICRATEX

é o revestimento vinílico para paredes, mais prático e versátil que existe. Para lavar, basta um pano úmido. Produzido em quinze padrões diferentes, com um total de cento e noventa e cinco côres.

NÃO LASCA

NÃO DESBOTA

NÃO DESCOLA

NÃO EMPENA.

Peca mais informações a:



INDÚSTRIA E COMÉRCIO S. A.

Rua Ivaí, 207 — Fones: 93-2168 e 93-9005 — S. P.

Distribuidores e Assistência Técnica nas principais capitais e cidades do Brasil Com cinco anos de garantia, desde que VICRATEX seja aplicado por colocadores autorizados; é a solução ideal para paredes de hospitais, clínicas, sanatórios e instituições de saúde, em geral.

# Se o dr. deseja que, em matéria de iluminação seu hospital seja modêlo, consulte Lustres Pelotas.

Lustres Pelotas tem as soluções mais atualizadas em matéria de iluminação para tôdas as dependências de hospitais: salas de operação, corredores, quartos, enfermarias, consultórios, farmácias, cozinhas, casas de máquinas, salas de recepção, banheiros, etc.



R. Pelotas, 141 — R. Major Sertório, 142
R. da Consolação, 2148

# Notícias I.P.H.

Escola de Formação de Técnicos, Administradores e Consultores Hospitalares do I. P. H.

Solenidade de encerramento do Iº Curso de Cozinha Hospitalar



Mesa Diretora do Iº Curso de Cozinha Hospitalar.

### PROFESSÖRES

Celina de Morais Passos Dalva Maria Oliani Jarbas Karman Maecyra Bernardes de Mello Miguel Angel Napoli Neide Gaudenci de Sá Odete Napoli Olga Laskani COORDENADORA DO CURSO Maria José Barbosa de Carvalho

DIRETORA DO CURSO Dalva Maria Oliani

### ALUNOS QUE FREQUENTARAM O I+ CURSO DE COZINHA HOSPITALAR

Elzi Cardozo Ezi Machado da Rocha Glória A. Martinez Santana Hoover A. Sampaio Idene Pampioni de Moura Irmā Adelaide Silva Irma Mibachi João Moreira Cavalcanti Kajoko Eto Lúcia Tersian Maecyra Bernardes de Mello Mara da Silva Carvalho Maria Adelania da Silva Miriam Dalva dos Santos Mirtes Watai Misua Mobasu Nair Yamashita Nancy Pilla Montebello Nancy S. Hanada Nilce Gomes Pereira Norico Takase Odeme Pampiomi de Moura Odete Uehara Padre Augusto A. Mezzomo Padre Renato Pasqual Realce Heiko Assahi Ruth Obuco Sônia Del'Aquilla Suyako Morozumi Tomce Okeda

Alvina Nunes Orlando Alvira Bagatih Ana Amaral Ary Uberaldo da Costa Conceição Gonçalves Fernandes Deoclécia Bataglini Diogo Ara Eni Tamaki Eudóxia Russo Vasques Hélio de Matos Gomes Irmā Catarina Auer Irmā Leonor M. Santos Irmā Maria Junges Irmā Maria M. Albuquerque Irmā Nobuko Maria Hamaguti Irma Paulina da Silva Irmā Tereza Betuse Pasian Maria do Carmo Rangel Mitie Massuda Sebastião R. Oliveira Waldomiro Penha



Hospital Cruzada Pró-Infância Cia. Nestlé de Alimentação Hobart Dayton do Brasil Sucolar — Sucos «Del Sol»



Alunos do Curso em plena aula.



Alunos do Curso assistindo uma das aulas.

Tomoko Amano

Thereza Teruko Otakev

Therezinha Campaner



D. Maria José Barbosa de Carvalho, Coordenadora do Curso quando apresentava a Mesa Diretora.



D. Maria Antonietta de Castro, Presidente do Hospital Cruzada Pró-Infância, na abertura dos trabalhos do Curso.



Aula da Profa. D. Olga Laskani.



Aula da Profa. D. Celina de Morais Passos.

# 1º Curso de Limpeza Hospitalar

### PROFESSORES DO CURSO

D. Mária José Barbosa de Carvalho Dr. Jarbas Karman

### ALUNOS

Alberto Araponga

Alcindo Tavernaro
Alfredina Fernandes Batista
Alice Soares Vieira
Danton Reis
Edson Rodrigues
Elza Fernandes Guedes
Evaldo Bittencourt
Gema Mulinari
Hildegard Bromberg Richter
Imaculata de Rosa Melo
Irmã Josefa Naconeczny
Irmã Maria Betilia
Irmã Maria Columbine
Irmã Maria Migueta Rosa

Irmā Martina Irmã Regina Irmã Regina Iris Genny Queiroz Aloysio Benjamin Pereira Anna Terzi Antonio Correia Teixeira Floriano Candido Mesquita Gennaro Autorino Filho Gerulina Queiroz Sampaio Helena Rosa M. Freixedas Hilda Sotomayor Irmā Emilia Hammerschmidt Irmā Filomena P. Silva Irmã Maria do Espírito Santo Irmã Maria José Santos Irmā Mônica Anselmo Joaquim Pereira Luna José Martins Santos Luiz Fabri Maria das Dores G. Almeida Maximiniano Tadeo Vila Albers Olga Oliveira Goulart Sebastião Ramos da Silva Silda Marques de Oliveira Silvia Maria S. Campos

Isolina Belas Prock João Batista Cascaldi João Couto da Silva Jaquim Alonso Esteves José Camilo Pegoraro Lucinda Ribeiro Ferreira Margarida Baroni Pinheiro Maria Antonia Marques Maria Augusta Dominues Torres Maria do Carmo Sousa Bernardi Maria da Paz Melo Souto Maria Tereza Furlã Martim Francisco Barreto Vinhas Miguel Palermo Nadir Cardoso Herrera Nedya Dorsa Renato Ramos Ribeiro Ricardo Martignoni Rie Nomoto Severino Mauli Soror Maria Beatriz Soror Maria Natalia Sueli Ferrari Greaco Terezinha Pereira Aguiar Vitalina Castanheira Washington Rosa Miranda

# Flagrantes do I.P.H. no estrangeiro

No Perú

Na Colômbia



HOSPITAL CENTRO DE SAÓDE DEL RIMAC Dr. Antonio Garcia Eraço — Diretor de Normas e Supervisão do Ministério da Saúde; Dr. Eduardo Guille'n, Sub-Diretor; Dr. Manuel Alencastre, Diretor da Divisão Hospitalar.



MINISTÉRIO DA SAÜDE Exmº Sr. Dr. Antonio Ordoniz, Ministro da Saŭde; Srta. Julia D'Avila e Arquiteto Jarbas Karman, Presidente do I.P.H.



DEPARTAMENTO DE ENTI-DADES ASSISTENCIAIS DE BCGOTĂ Srta, Julia D'Avila; Arquitetos Félix Serrano, Carlos Castello, Augusto Sanchez; Drs. Francisco Urreo, Sofonias Yacup, Luiz Miranda e Hipólito Pabon.



Arquiteto William H. Metcalf Jr. em seu escritório (Washington).

Nos Estados Unidos com renomados arquitetos hospitalares



Arquiteto August Hoenack, Chefe da Division of Hospital and Medical Facilities do Departament of Health, Education, and Welfare, Arquiteto Jarbas Karman e o Sr. Edward Chmurzynski.

# Escola de Formação de Técnicos, Administradores e Consultores Hospitalares do I. P. H.

Iº Curso de Atualização de Pessoal Auxiliar de Hospital — Início em 16-9-1968 🗌

Solicito inscrição nos Cursos:

Iº Curso de Treinamento de Cozinheiro para Hospitais e Emprêsas — Início em 10-10-1968 [
Local: Auditório do Hospital da Cruzada Pró Infância — Av. Brig. Luís Antônio, 683 — 3º — São Paulo e Centro de Recepção e Triagem — Rua Ulisses Cruz, 95 — São Paulo
Solicita-se às pessoas interessadas preencher esta fôlha de inscrição de remetê-la juntamente com a taxa de inscrição para o Instituição de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares — Rua Xavier de Toledo, 210 — 6º andar — Conj. 64 — São Paulo.
NOME         É SÓCIO DO I.P.H.?           IDADE         SEXO         PROFISSÃO           RESIDÊNCIA         Nº FONE         CIDADE           ESTADO         CURSOS, ATIVIDADES HOSPITALARES E OBSERVAÇÕES           DATA         ASSINATURA
Obséquio preencher à máquing ou em letra de fórma.
AULAS TEÓRICAS E PRATICAS — VAGAS LIMITADAS — INSCRIÇÕES NA SECRETARIA DO I.P.H. — Rua Xavier de Toledo, 210 — 57 andar — Conj. 64 — Fones; 239-1788, 36-3889 e 35-2687 — São Paulo.
Taxa de inscrição: Para os associados do I.P.H., NC1\$ 55,00 — Para não associados, NC1\$ 60,00.  Certificados: Aos alunos com—freqüência de 70% será concedido Certificado de Freqüência e aos aprovados em exame final, ser concedido Certificado de Aprovação.
PROGRAMA DO Iº Curso de Atualização de Pessoal Auxiliar de Hospitais — Início em 16-9-68
Diretora do Curso: PROFESSÔRA ENFERMEIRA MIRIAN DORMEYER
I — Problema de ética no hospital: aparência pessoal — respeito no ambiente de trabalho — importância do silêncio nos hospitals — sigilo — pontos de importância no trato com pacientes.  II — Racionalização do trabalho.  III — Elementos de Gasoterapia e Anestesia: características dos gases — perigos e culdados — aplicações — principais anestésico — material e rolina de anestesia.  IV — Centro Cirárgico — Centro de Material: culdados especiais com instrumental cirárgico — funcionamento do centro de material etc.  V — Atribuições dos Atendentes: atribuições dos auxiliares, serventes etc.  VI — Prontudrios Médicos: anotações sintéticas — formas corretas de anotações — aplicações corretas de abreviaturas etc.  VII — Tratamentos: formas «garireatas de aplicações — pontos importantes a serem observados.
VIII — Serviço de Nutrição e Dietética: entrosamento como serviço de enfermagem — problemas decorrentes da falta de entrosamento IX — Serviço de Limpesa — entrosamento com o serviço de enfermagem. X — Organização do Trabalho: importância. XI — Cuidados em Obstetrícia: cuidados com parturientes, recém-nascido etc.
XII — Cuidados em Pós-Operatório.
XIII — Higiene do Trabatho: importância. XIV — Noções do Corpo Humano.
XV — Noçues do Corpo Indiano. XV — Técnicas de Assepsia: Desinfecção e Esterilização. XVI — Farmácia Hospitalar; dosagem de medicamentos — diluentes — antibióticos etc. XVII — Objetos Frágeis; limpeza — conservação manipulação etc. XIX — Prevenção de Acidentes; causas de acidentes etc.
PROGRAMA DO Iº Curso de Treinamento de Cozinheiros para Hospitais e Emprêsas - (Início 10-10-68)
Diretora do Curso: PROFESSÔRA DALVA MARIA OLIANI
<ul> <li>I — Interpretação de Cardápios: conhecimento de tempo e de preparações usuais em nossos cardápios, com inclusão dos estran geirismos aceitos entre nós.</li> </ul>
II — Noções de preparo de dietas de retina hospitalar: dietas moodificadas nos seus constituintes (exclusão e suplementação), no preparos (branda, pastosa e líquida), dietas especiais.
III — Importância da obediência aos cardápios e prescrições: ética profissional.
IV — Técnicas básicas do preparo prévio e de cocção das substâncias alimentares: tempo de preparo das substâncias alimentares - reconhecimento das condições de santidade e conservação dos alimentos — cozimento, assadura, fritura e estufagem da substância de la conservação dos alimentos — cozimento, assadura, fritura e estufagem da substância de la conservação dos alimentos — cozimento, assadura, fritura e estufagem da

V — Cálculo de porções para distribuições de refeições: Divisão de assadeiras — distribuição de cereais — sopas, cozidos - massas — sullês etc.

VII — Noções de higiene pessoal e geral.
VIII — Noções de comportamento e relações humanas.

IX — Segurança Pessoal e coletiva.

Aulas teóricas e práticas.

VI — Manejo e manutenção do equipamento próprio para preparo prévio e cocção.

# PROGRAMA DO Iº Curso de Treinamento de Pessoal Auxiliar de Cozinha — Início em (4-11-68)

### Diretora do Curso: PROFESSÓRA MAECYRA BERNARDES DE MELO

- I Preparo prévio e cocção: técnicas mais comuns e adequadas no preparo das substâncias alimentares usuais cortes de legumes e hortaliças, obedecendo indicações de cardápio reconhecimento da sanidade e conservação de alimentos preparo de massas, salgados e doces, preparo de lanches e sobremesas preparação mais comun de triviais preparação de deidas de rotina limpeza, retalhamento e desossamento de carnes aves e peixes manejo e limpeza de equipamentos utilizados trabalho nas câmaras frigorificas distribuição de refeições lanches etc. arranjo de mesas e bandejas.
- II Limpeza de ambientes e dos materiais de trabalho: piso paredes lustres telas portas utensílios louças vidros talheres armários gavetas prateleiras câmaras frigorificas geladeiras etc.
- III Distribuição de refeições.
- IV Manejo e manutenção de equipamento.
- V Remoção e tratamento de lixo,
- VI Noções de higiene pessoal e geral.
- VII Noções de comportamento e relações humanas.
- VIII Segurança pessoal e coletiva.
- IX Noções de desinsetização: uso adequado de aparelhos higienização da área, inseticidai em pó, soluções etc.

# PROPOSTA PARA SÓCIO

OBS, São Imprescindíveis

2 Fotografias
3 x 4 cm.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES Entidado de Utilidado Pública pela Lei Estadual nº 4.774 de 12.8-58 e Decreto Federal nº 44.735 de 23-10-58 RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 — 6º ANDAR — CONJ. 64 — FONE: 36-3889 — SAO PAULO

# ESCREVA BEM LEGIVELMENTE

FICHA DE INSCRIÇÃO a presente ficha destina-se à atualização ou confirmação de enderêço, 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
4 — ONDE TRABALHA
5 — PROFISSÃO
6 — ENDERÊÇO INDIVIDUAL CAIXA POSTAL FONE
CIDADE ESTADO
7 — ENDERÊÇO PARA REMESSA DA REVISTA «HOSPITAL DE HOJE», ÓRGÃO OFICIAL DO 1PH
8 — CURSOS, TITULOS, DIPLOMAS
9 — OBSERVAÇÕES
10 — COMO PODE COOPERAR COM O IPH? ARTIGOS SECÇÕES E COMISSÕES EM QUE DESEJA TRABALHAR
11 — DATA E CIDADE
REMETO ANEXO EM CHEQUE, VALE POSTAL, ORDEM BANCARIA, VALOR DECLARADO, MINHA ANUIDADE PARA

ANUIDADE PARA 1968: NCR\$ 15,00 - PARA SOCIO INVIDUAL. PARA SOCIOS COLETIVOS - NCR\$ 30,00

# I° Feira de Ciências e Aplicações Médicas

Realizou-se de 21 a 28 de Maio p. p. a I° Feira de Ciências e Aplicações Médicas, sob os auspícios de Alcântara Machado Empreendimentos Ltda.

O I.P.H. fez-se representar com um "stand" e teve nesta oportunidade a honrosa visita do Sr. Secretário da Saúde Pública de São Paulo, Dr. Walter Leser.



O Sr. Secretário da Saúde recebendo do Sr. Carlos Augusto Aché, o último número da Revista "Hospital de Hoje", órgão oficial do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares.



D. Erô Dias de Oliveira recebendo o representante da Micronal S.A., Aparelhos de Precisão.



Dr. Walter Leser, Secretário da Saúde Pública de São Paulo, em um grupo com D. Carolina Bandeira, Sr. Laércio Barbosa, gerente da Lutz Ferrando S.A. e o Arq. Jarbas Karman, Presidente do I.P.H.

# Anunciam nesta edição

Companhia Paulista de Caldeiras "Compac"

Castanho & Filhos — Comércio e Indústria

Eucatex S.A. — Indústria e Comércio

Indústria de Caldeiras Eureka Santino e Filhos S.A.

Indústria Mecano Científica S.A.

— IMEC

Indústria de Tapêtes Atlântida S.A.

Isoterma — Comércio, Indústria e Representações

Lustres Pelotas (S. J. de Mello Publicidade)

Lutz Ferrando Ótica e Instrumental Científico S.A.

Maico S. A. — Indústria e Comércio

Máquinas Santo André — Isshiki & Cia.

Martini & Rossi — Indústria e Comércio de Bebidas

Quipex Comércio e Representações Ltda.

Starco — Sociedade Técnica em Ar Condicionado

Zauli S. A. - Ind. Aeromecânicas

Vicatrex — Ind. e Comércio S.A.

# Notícias

# Curso de atualização em pediatria

De 8 a 14 de setembro de 1968, Belo Horizonte será a sede de mais um Curso de Atualização em Pediatria. Professôres de vários Estados do Brasil estarão reunidos para debaterem sóbre as mais recentes aquisições no campo dessa especialidade.

Trata-se do tradicional Curso Nestié de Atualização em Pediatria, 
que contará com os auspícios da 
Sociedade Brasileira de Pediatria, 
Cátedra de Pediatria da Faculdade 
de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Cátedra de 
Pediatria da Faculdade de Ciências 
Médicas da Universidade Católica 
de Minas Gerais e Sociedade Mineira de Pediatria.

Os produtos Nestlé, patrocinadores do acontecimento, estão oferecendo 30 bôlsas de estudo que serão sorteadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria entre os médicos inscritos, domiciliados nos Estados do Rio, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

O Curso constará de painéis e conferências sôbre os seguintes temas: Infecções; Antibióticos; Endocrinologia; Riscos Medicamentosos; Recém-nascido; Tuberculose infantil; Alimentação; Desnutrição; Crescimento e Desenvolvimento; Dermatologia Infantil; Hidratação e Hematologia.

Os temas serão abordados pelos Professôres: Álvaro Aguiar, Álvaro Serra de Castro, Antônio Márcio Lisboa, Armando Greco, Athayde Fonseca, Azarias de Andrade Carvalho, Adriano de Castro, Berardo Nunan, Cesar Pernetta, Dorina Barbieri, Dulce V. Marcondes, Eduardo Marcondes, Gilda Kasting, Hélio De Martino, Hugo Contijo, Izrail Cat, Navantino Alves. J. Renato Woiski, Jayro Rodrigues Valle, José V. Martins Campos, Leandro Moura Costa, Luiz Torres Barbosa, Pedro Collet Solberg, Tancredo Furtado e Walter Telles.

# Nôvo representante do IPH

É com prazer que o IPH comunica que o Arquiteto RAINER L. NEUSCH é o seu representante em STTUGARTH — Alemanha.



Dr. Edgard Baptista Pereira, Vice-Presidente da AMCE, faz a entrega do troféu "Manuel de Abreu" à Benedicto J. Duarte; Barnalo Visconti, Diretor-Presidente da Carlo Erba e o Consul norte-americano Mr. Daniel Endsity, entrega aos demais premiados entre os 30 filmes apresentados no IV Festival Internacional do Cinema Científico, promovido por Alcântara Machado Comércio e Empreendimentos, durante a realização do Salão de Ciências e Aplicações Médicas.

# Abôrto e contrôle da natalidade

Um dos grandes problemas que os serviços de Saúde Pública de todos os países do mundo enfrentam é o aumento da incidência do abôrto provocado e suas conseqüências. Um grupo de trabalho, criado pelo secretário da Saúde do Estado de São Paulo, pesquisando êste problema, chegou à conclusão que entre o triênio de 1962 a 1964, 11,2% da mortalidade materna foi devido ao abôrto provocado.

Dados referentes ao município da Capital, revelam que esta prática alcançou a cifra de 14 mil, no ano de 1965. Dados levantados em todo o País, calculam que se praticam anualmente cêrca de 1,5 milhão de abortos. Os perigos e os riscos que êste ato acarreta é dado pelo índice alarmante de óbitos. O govêrno federal destina anualmente NCr\$ 4 milhões para o atendimento dêsses casos, para sua recuperação em instituições hospitalares.

O economista Mário Henrique Simonsen, diretor do Curso de Pós Graduação da Fundação Getúlio Vargas, considera de máxima urgência o estabelecimento de normas racionais para o planejamento da família brasileira.

Esclarece que na época de maior desenvolvimento do País, a taxa atingiu 6% ao ano, porém a taxa de natalidade era de 3% (uma das maiores do mundo). Isto em têrmos de Economia se traduz que dos recursos auferidos pelo desenvolvimento, metade era absorvido pelo crescimento da população.

Atualmente, com a crescente adição de 2,5 milhões de pessoas anualmente, significa dividir os autais parcos recursos de que dispomos com éstes novos habitantes. Como a taxa de desenvolvimento diminuiu e o aumento demográfico se mantém alto, o índice do ganho "per capita" do País cai assustadoramente.

O grupo de trabalho da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo concluiu seu relatório com uma série de sugestões, em vista dos motivos que geram o abôrto provocado. Entre êles: aspectos de ordem pessoal econômica e dificuldade em obter trabalho ou habitação para maior número de filhos. Também o analfabetismo é um dos responsáveis pelo aumento indiscriminado da população pela consequente falta de instrução e grande responsável pelo elevado índice do abôrto no País.

Entre as sugestões figura a inclusão de serviços de planejamento da família em unidades sanitárias, como campanha educativa para diminuir a incidência dos abortos provocados e suas danosas conseqüências.

# 1º Jornada Latino-Americana de Cirurgia da Mão

Promovida pela Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão — Regional Sul e Sociedad Sud-Americana de Cirugia de la Mano, realizou-se em São Paulo a 1º Jornada Latino-Americana de Cirurgia da Mão de 11 a 13 de Julho, no Hospital Municipal à Rua Castro Alves, 166, sob a coordenação do Dr. Alípio Pernet Filho.

# Informações sôbre contrôle da natalidade

A Assembléia Mundial de Saúde aceitou unânimemente o princípio de que tôda família deve ter a oportunidade de obter informação sôbre o contrôle da natalidade.

Uma resolução nesse sentido, aprovada ontem, assinala que muitos Estados membros consideram que o planejamento familiar é parte importante dos serviços básicos de saúde da Nação.

No documento se faz um chamamento ao diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) a fim de que continue fornecendo ajuda aos países por meio de informação sôbre o planejamento familiar e sôbre programas de treinamento.

A parte principal da resolução diz que a Assembléia Mundial da Saúde, em sua vigésima primeira reunião reitera a opinião de que tôda família deve ter a oportunidade de obter informação e assessoramento a respeito dos problemas relacionados com o planejamento famíliar, incluídas a fertilidade e a esterilidade.

# J. B. Duarte ganha troféu «Manuel de Abreu»

Realizou-se durante o Salão de Ciências Médicas a entrega dos prêmios aos filmes que concorreram ao IV Festival Internacional do Cinema Científico, promovido pela promotora do Salão de Ciências e Aplicações

Os filmes premiados foram: "Marca Passo Implantável" apresentado pela Sandoz do Brasil e dirigido por J. B. Duarte; "A Toracospia Diagnóstica" apresentado pela Sandoz do Brasil e dirigido por H. J. Brandt; "Tratamento Cirúrgico da Coxa-Vara" apresentado por Carlo Erba do Brasil e dirigido por Mário Scolari.

Receberam menção honrosa: "Anatomia Funcional do Rim Humano", "Cardiac Valve Replacement", "Tratamento Atual do Pulso Lento Permanente", Operação "Pull-Through", "Myocardial Revascularization — Vineberg Procedure", "O Complexo Nuclear de Brookhaven".

# Tem nova diretoria a Clínica de Check-up de São Paulo

O Centro de Estudos da Clínica de Check-up de São Paulo, reiniciando as atividades em sua nova sede, à Av. Nove de Julho, 3.460, realizou a eleição da nova Diretoria para o período de 1968-69. A Diretoria ficou assim composta:

Diretor-Presidente — Prof. Pedro Luiz Mangabeira Albernaz.

Diretor-Vice-Presidente — Dr. Edmundo Leal de Freitas.

Diretor-Tesoureiro - Dr. William Bowon Lee.

Diretor-Secretário — Dr. Reginaldo Halasz.

Diretor-Sem Pasta — Dr. Oscar Pimentel Portugal.

A finalidade do Centro de Estudos da Clínica de Check-up é realizar conferências, simpósios e cursos sôbre medicina preventiva.

# ZAULI S.A.

Indústrias Aeromecânicas

ENGENHEIROS FABRICANTES IMPORTADORES

Com ar condicionado
o ambiente é outro



A nova direção da Zauli S/A., coloca a sua disposição os serviços de sua renovada equipe técnica com 25 anos de tradição.

CONSULTE-NOS SÓBRE AR CONDICIONADO, VENTILAÇÃO E ASPIRAÇÃO DE COZINHA

Rua Garibaldi, 521 Fones: 51-9135 - 51-0338 Caixa Postal 3302 Telegramas: «Ventilador» São Paulo

# Descoberto nos EUA hormônio para tratamento de câncer tiroideano

Um nôvo hormônio, retirado das glândulas de porco e conhecido com o nome de "tirocalcitonina", foi utilizado pelo dr. Charles C. Y. Pack, de origem coreana que aplicou com inteiro sucesso na cura de um raro caso de câncer das tiróides.

A notícia foi divulgada pelo Instituto Nacional de Saúde, dos Estados Unidos, e dava conta de que o maxilar, parcialmente comido pela doença tinha-se recuperado por si só e que os osses do esqueleto, moles pela falta de cálcio, tornaram-se novamente duros.

O paciente foi tratado com pequenas doses intermitentes de tirocalcitonina, para impedir a produção em demasia do hormônio paratiroideano (causado pelo câncer), que leva o concentrado de cálcio para a corrente sanguínea, em lugar de levá-los para os ossos. O paciente, um professor que há cinco meses se encontrava à morte, deverá sair do hospital esta semana para voltar aos seus afazeres.

Segundo o descobridor do hormônio, dr. Charles, a causa do câncer ainda continua e o professor terá que voltar periòdicamente para tratamento. Adiantou que o hormônio não representa cura porque não ataca a causa profunda do câncer — desconhecida ainda, porém, esclareceu que o paciente teria morrido há quatro meses não fôsse o tratamento recebido.

o dr. Charles Pack é naturalizado norte-americano e é médico do Laboratório de Endocrinologia Clínica do Instituto Nacional de Cardiologia. Seu assistente, dr. Frederic C. Bartter, que colaborou no tratamento do professor, é endocrinólogo e diretor do Laboratório

O câncer, chamado carcinoma da paratiróide, tinha resistido a todos os remédios convencionais, assim como a infusões de cálcio e à radioterapia.

Dr. Charles disse que é desconhecida a função do hormónio no tratamento de uma família muito comum de enfermidades denominada osteoporose e que 20 por cento da população, em todos os países, sofre dessa doença não cancerosa, que se caracterisa por um abrandamento dos ossos devido à perda de cálcio nas pessoas de idade avançada.

Até 1961 a ciência médica desconhecia a existência da tirocalcitonina, uma substância no corpo humano que se acha em quantidades quase infinitesimais. O dr. Harold Copp, bioquímico, foi o primeiro a identificar essa substância nos animais naquele ano. Em 1963, o dr. Paul Munson e colegas dos Estados Unidos identificaram corretamente a glândula tiróide, situada na parte anterior e inferior da nuca, como a fonte do hormônio. Disseram na oportunidade que o hormônio era o segundo em importância do da tiróide que desde há muito se conhece como regulador da concentração de cálcio e de desgaste do sistema.

Para o outono de 1967 os cientistas do Instituto haviam isolado o hormônio em forma pura de extratos de tiróides de porco. A substância era 50.000 vêzes mais potente que o tecido tiroideano fresco, do qual foi separado por máquinas centrífugas de velocidades altíssimas. Segundo o dr. Charles Pack o produto sintético de baixo custo poderá aparentemente ser conseguido fâcilmente, o que proporcionará aos médicos uma droga valiosa para o tratamento das desordens ósseas.

A forma como trabalharam durante sete anos para identificar, isolar e produzir o "tirocalcitonina" sintético vem descrito nas edições de abril e maio do expediente da Academia Nacional de Ciência dos Estados Unidos.



# Imprensa médica recebe homenagem de pediatras

A Sociedade Brasileira de Pediatria homenageou com um jantar a imprensa especializada em assuntos médicos e científicos, fazendo na mesma ocasião a apresentação do Jornal de Pediatria, órgão oficial da entidade, que passará a ser editado em novas feições.

Além de tôda a Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria, atualmente presidida pelo Prof. Walter Telles, cronistas médicos dos principais jornais do Rio e de São Paulo estiveram presentes ao encontro, que se realizou nos salões do Copacabana Palace e teve o patrocínio da Nestlé, representada pelo Sr. Gilberto Valtério.

# Associação Paulista de Bibliotecários

O Grupo de Bibliotecários Bio-Médicos da Associação Paulista de Bibliotecários reúne os bibliotecários de tôdas as Bibliotecas Bio-Médicas de São Paulo e tem realizado vários trabalhos de equipe. Visando a fornecer aos estudiosos e pesquisadores todo o material bibliográfico de que êles necessitam, inclusive levantamentos bibliográficos, possue um serviço centralizado de empréstimo com reprodução de documentos. Quaisquer informações, escreva: Caixa Postal, 343 — São Paulo.

# Para Consultórios e Hospitais

ITA apresenta a última palavra em Tapêtes de Forração

# VONEL ACRIL CARPET

(FIBRA ACRILICA IMPORTADA)

ANTI-ALERGICO — ANTI-TRAÇA — ANTI-MÔFO — NÃO INFLAMÁVEL

...e de grande durabilidade



Além dos já tradicionais:

ITA CARPET

ATLANTIDA CARPET

# INDÚSTRIA DE TAPÊTES ATLÂNTIDA S.A.

Rua Voluntários da Pátria, 596 - São Paulo



# PLANO NACIONAL DE SAÚDE

# Distribuição racional dos médicos

O Plano Nacional de Saúde pretende promover a distribuição racional dos médicos existentes no País através da aplicação de 1% da renda nacional na remuneração de médicos pelo govêrno como complementação do pagamento dos usuários, de acôrdo com a divisão de despesa proposta pelo plano.

Há no Brasil 35.000 médicos na proporção de 1 para 2.300 habitantes, más na realidade, como 75% dêsses profissionais estão concentrados em cinco Estados — Guanabara, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas e Bahia — nos demais Estados práticamente não há médicos para atender à vasta maioria da população.

### PROPORÇÃO

Embora a proporção existente nos Estados Unidos seja de 1 médico para 743 habitantes, e na França seja de 1 para 893, o Ministério da Saúde considera que no Brasil a relação de 1 médico para 2.000 habitantes seria suficiente, se houvesse uma distribuição racional dos profissionais.

Para alcançar êsse índice precisaríamos de aproximadamente 45 mil médicos e para acompanhar o crescimento da população, que é de 3% ao ano, seria necessário um crescimento médio de 5% da relação profissionais-habitantes.

Isso significa que para se conseguir a proporção de 1 médico para 2,000 habitantes seriam necessários, em 1970, 46.680 médicos para uma população de 93.359.000, com a formação de 2.305 profissionais.

Sôbre a situação atual de formação de profissionais — cêrca de 1.800 por ano — o plano diz que "há insuficiência ou desproporção dos cursos instituídos, sem correspondência com o número de profissionais a preparar em cada atividade, de acôrdo com as necessidades do País e com uma consequente distorção flagrante dos investimentos".

Quanto às providências necessárias, o Plano Nacional de Saúde prevê que "a preparação de pessoal deve decorrer de critério estabelecido em função do problema a resolver, que é a manutenção de uma taxa de formação de pessoal proporcional ao crescimento da população".

Para se alcançar o objetivo do Plano é necessário orientar a distribuição territorial dos profissionais e, no planejamento local, estimular a distribuição por especialidades através de atrativos de remuneração, aperfeiçoamento, financiamento para instalação e expansão de consultórios, além de financiamento e estimulo à criação e expansão de entidades privadas de prestação de serviços em face das necessidades.

### INVESTIMENTOS

O coordenador financeiro do Plano Nacional de Saúde, sr. Osvaldo Iório, explicou que está previsto um investimento global com saúde individual e coletiva da ordem de 4,5% do produto interno bruto, o que corresponde a NCr\$ 3.880 milhões, enquadrando-se assim na faixa observada em quase todos os países do mundo, cujos extremos variam de 4 a 6% dos respectivos PIB.

O investimento global calculado inclui as despesas dos usuários e os recursos oficiais. Como foi concluído que 2/3 da população não podem custear os serviços, essa parte caberá ao govêrno, num total de NCr\$ 1.294 milhões, enquanto a parte dos usuários será de NCr\$ 1.294 milhões. O encargo do govêrno representaria 15% das despesas orçamentárias, de acôrdo com levantamento feito pela OPAS. Atualmente o Brasil aplica apenas 5,5%, enquanto a Argentina aplica 5,7%, a Colômbia 10,3%, o Uruguai 13,3% e a Venezuela 20,7%.

Para a aplicação dos 4,5% da renda nacional, o Plano prevê a seguinte distribuição: NCr\$ 600 milhões para saúde coletiva (combate a endemias); NCr\$ 850 milhões para a remuneração de médicos; NCr\$ 1.060 milhões para internação hospitalar (ocupação/dia andal de 80% dos leitos existentes, á diária média de NCr\$ 16,00); NCr\$ 500 milhões para serviços complementares de odontología; NCr\$ 600 milhões para medicamentos. Incluem-se ainda NCr\$ 150 milhões para a administração e NCr\$ 120 milhões para o aperfeiçoamento, que compreende planejamento, pesquisa, formação e estatística.

# SITUAÇÃO DOS MÉDICOS

O Plano Nacional de Saúde só atingirá os médicos que se inscreverem no sistema. Mas o cálculo feito pelo sr. Osvaldo Iório mostra que, com a aplicação de 1% da renda-nacional na remuneração de médicos, caberia a cada um dos 35 mil atualmente existentes, cêrca de NCr\$ 2.500 por mês. Essa média, porém, não leva em conta o número de atendimentos, que será feito por cada médico e que determinará o aumento ou diminuição da renda de cada um.

Mas ela mostra que os médicos que desejarem trabalhar em cidades do interior, onde não querem ficar porque os doentes não têm recursos para pagar, terão a garantia de uma clientela que terá suas despesas pagas integralmente ou divididas com o govêrno.

Através dessa garantia, o Plano Nacional de Saúde pretende conseguir uma distribuição racional dos profissionais por todo o País, prevendo ainda facilidades para montagem de consultórios.

### ESTIMATIVA

Quando completada a implantação do sistema, o valor global das subvenções do govêrno, segundo estimativas feitas, atingirá a NCr\$ 2 bilhões assim distribuídos: 54% dos investimentos em remuneração de médicos, internações hospitalares, serviços complementares e odontológicos: 70% dos medicamentos; 50% do aperfeiçoamento; 60% da administração. Esse cálculo inclui ainda um fundo perdido em empréstimos e financiamentos que poderão não ser devolvidos — Cr\$ 100 milhões — e um resíduo para redistribuição, calculado em NCr\$ 28 milhões.

O sr. Osvaldo Iório, explicou, que para atenuar o cncargo financeiro oficial, pelo menos em seus primeiros anos de funcionamento, o sistema deverá valer-se de parte das contribuições de previdência social atualmente destinada á prestação de assistência médica aos beneficiários do regime, orçada em cêrca de NCr\$ 850 milhões. Espera-se que, com a participação direta dos usuários no custeio dos serviços, esses recursos se elevem a pelo menos NCr\$ 900 milhões.

Assim, dos NCr\$ 2 bilhões correspondentes ao valor global das subvenções, caberá ao govêrno a parcela de NCr\$ 1,1 bilhão, distribuída em NCr\$ 660 milhões para a União, NCr\$ 275 milhões para os Estados e NCr\$ 165 milhões para os municípios.

O sr. Osvaldo Iório lembrou que mais de 50% do investimento previsto em saúde está consignado em dotações orçamentárias atuais. Para êste ano os gastos da União com atividades assistenciais estão calculados em NCr\$ 400 milhões e. portanto, aumentarão de acôrdo com o plano em mais de NCr8 260 milhões. Quanto aos Estados e municípios, o acréscimo poderá ser tolerado desde que se passe a consigná-los aos recursos provenien-tes da redistribuição dos impostos de renda, produtos industrializados, territorial, lubrificantes e combustíveis, energia elétrica e outros.

# IV Congresso Mundial de Anestesiologia

O IV Congresso Mundial de Anestesiologia será realizado no "Royal Festival Hall", em Londres, no período de 9 a 13 de setembro do corrente ano. No recinto da exposição haverá uma exibição de aparelhos médicos que contará com uma dupla participação da Philips, uma no seu próprio estante e a outra no estante da Watson, sua associada e fabricante de aparelhos para respiração artificial. No estante da Philips serão apresentadas as novidades de sua linha no campo médico-eletrônico: enfermeira eletrônica, medidor de pressão sanguinea, cardioscópio de 4 canais, equipamento para medição contínua da pressão sanguinea intravascular através de microcateter Grandjean, oxímetro, Cardiopan 531 e o Analog 7, um gravador de fita de 7 canais. No estande da Watson serão instalados monitores que reproduzirão os sinais da enfermeira-eletrônica do estande da Philips. Os participantes do Congresso ficarão alojados no Waldorf Astorial Hotel, no qual a Philips dispõe de um centro permanente para exibições e trocas de idéias, o chamado "Somerset Room". Com exceção do oxímetro, todos os equipamentos exibidos no estande da Philips estarão também no "Somerset Room", e ainda mais: um completo Sistema Physio Cardiopan, desfibrilador marcapasso sincronizado, Cardiopans de 3 e 6 canais e o aparelho de eletrocirurgia ES-2. O "Somerset Room" proporcionará um ambiente ideal para os visitantes se familiarizarem com os aparelhos, manipulando-os estudando e discutindo suas caracte-

# AQUI ESTÁ O QUE VOCÊ PROCURA

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

Eaça você também uma consulta, sem compromisso sôbre nossos equipamentos hospitalares.

CENTROS CIRÓRGICOS

CENTROS DE MATERIAL,

MATERIAL DE INTERNAÇÃO E MATERNIDADE,

INSTRUMENTOS EM GERAL, LAVANDERIAS E COZINHAS.

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







# Associação Médica Brasileira

Transcrição da carta recebida da Associação Médica Brasileira, encaminhando o discurso proferido pelo Prof. Dr. Fernando Megre Velloso.

"A gravidade da situação da assistência médica no País tem merecido da AMB e, de suas federadas reiteradas manifestações que, felizmente, começam a ser ouvidas pelo Govêrno, nos últimos anos. A solução apontada pela entidade oficial dos médicos, e que se coaduna perfeitamente com os princípios democráticos que defendemos, isto é, a liberdade de escolha de médico com custeio através do seguro--social e a defesa dos

princípios morais da medicina e dos direitos do homem, constituem, como V. Sas. há de notar, a base cristã sôbre a qual se ampara a bandeira desfraldada pela Associação Médica Brasileira.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, temos a honra de apresentar a V. Sas. nossos protestos de estima e consideração.

Atencisamente

Dr. Luiz Celso Taques — Diretor de Circulação".





# STARCO sociedade técnica em ar condicionado

Representantes exclusivos e fabricantes, sob licença, dos produtos

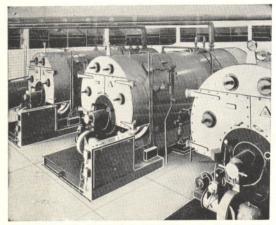


### ANEMOSTAT CORPORATION of AMERICA

Nosso departamento de engenharia está à disposição de V.S. para resolver seus problemas relativos a condicionamento de ar em salas de operações, parto, berçário, salas de recuperação ou tratamento intensivo e outros ambientes hospitalares.

Rua Tagipuru, 249/271 - Tels.: 51-9148, 51-9149, 51-9140 e 52-7631 - C.P., 8872 - S.P. - End. Tel.: «Starcalor»





HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO

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

# CALDEIRAS A ÓLEO

AUTOMÁTICAS

«COMPAC»

# COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS «COMPAC»

R. Major Sertório, 200 — 2º andar — Tel.: 37-9413 — S. Paulo **Representante:** Rio de Janeiro - GB — Av. Rio Branco, 156

3º andar — Grupo 3.010 — Telefone: 42-1482

# ESTERILIZAÇÃO EFETIVA? Verifique se a sua AUTOCLAVE Preenche êstes



 Termômetro de fácil leitura, obrigatòriamente de mercúrio, (porque nunca desajusta) com bulbo instalado na saída do vapor (parte mais fria).

REQUISITOS BÁSICOS

- 2 Admissão de Vapor pela parte posterior, superior da câmara de esterilização, (através de disco dispersor) e saída pela parte anterior inferior (através de dreno telado removível) para obrigar a eliminação do ar, por gravidade.
- 3 Exaustão através de funil de descarga, para impedir a contaminação da autoclave por aspiração de água do esgôto.
- 4 Purgadores Termostáticos (e não termodinâmicos) indispensáveis para eliminar o ar e condensado da câmara interna e externa.
- 5 Válvula de segurança testada e regulada na fábrica, para disparo automático, sem possibilidade de ser ajustada pelo operador.

- 6 Manômetros robustos, de grande sensibilidade, para contrôle da pressão das câmaras interna e externa.
- 7 Câmaras em chapa deaço inoxidável, soldadas a argônio (e não rebitadas). Prateleira perfurada, para livre saída do ar de dentro dos pacotes.
- 8 Isolação térmica eficiente, para evitar perda de calorias e aquecimento do ambiente.
- Volante com protetor plástico, para previnir queimaduras.
- Pés ajustáveis, para regulagem de nível (uma das causas do umedecimento de pacotes).
- 11 Porta, de suspensão robusta e perfeito encaixe paralelo, com trava de segurança automática (impossibilitando o perigo da abertura da porta durante o ciclo de esterilização).
- 12 Garantia de absoluta esterilidade (teste com esporos de bacilos subtilis), por 10 anos.

Gentileza das AUTOCLAVES LUFERCO — orgulho da LUTZ FERRANDO S.A. Únicos fabricantes, no Brasil, das autoclaves de ciclo totalmente automático, pré-programado, de pressão uniforme e constante.

# LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S.A.

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 325 Fones: 52-4554 — 51-0151 — 51-2108 — São Paulo LARGO SÃO FRANCISCO, 34 Fone: 43-2955 — Rio de Janeiro

AVENIDA MARTINS DE BARROS, 593 — Ala Sul Grande Hotel — Fone 4-0280 — Recife A maior organização no Brasil do ramo de

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



# Nova maneira de eliminar uma câmara de tortura do Século 20.

No dizer do Prof. Brunetti, "é sabido que o ruído produz uma depressão da capacidade mental, com quebra de quase tôdas as funções da inteligência e, em particular, da atenção, com redução do rendimento do trabalho". Considerando a importância dêste fato, a "Western Union Telegraph Co." conseguiu evitar em 42% a ocorrência de erros nas transmissões de telegramas, tornando silencioso o próprio serviço. Aplicadas em forros, dividindo ambientes ou revestindo paredes, as chapas Eucatex impedem que seu escritório se transforme numa câmara de tortura, na-

quele ambiente ruidoso que impede uma boa concentração no trabalho. O nôvo sistema de aplicação das chapas Eucatex, que você vê na foto acima, é extremamente rápido e seguro. As chapas, tipo macho-e-femea, se encaixam uma na outra com perfeição, resultando numa aplicação uniforme. E são chapas Eucatex: absorvem até 93% do barulho. Se você observar, como os Drs. Leconte e Saby, que "um ruído violento determína uma parada e uma desordem no raciocínio", é claro que você acabará comprando Eucatex. É uma solução inteligente, não acha?

Eucatex S.A. — São Paulo: Av. Fr. Matarazzo, 530 - Fone: 51-9108 - Caixa Postal 1683 • B. Horizonto: Av. Amazonas, 311 s 802-803 - Fone: 2-5170 • Brasilia: Eq. "Arnaldo D. Villares" - Q. 17 - Loto! 7 S.C. S. - Cj. 221 - Fone: 3-1662 D.F. is 962 beginned to Alegore: Ed. "Annas Dias" - Av. Prof. Annes Dias" - Av. Prof. Annes Dias, 154 - Cj. 1701 - Fone: 42146 • Rio de Janeiro: R. 7 de Stembro, 124 - 7, and. - Fone: 43-2754 • Recite: Ed. "Igarassu" - Praga do Carmo, 30 - 13 - - Gr. 1304 - Fone: 4-3205 • Cluritha: Av. Garátio Vargas, 315 - Fone: 4-3768 • Salvador: Edificio Covantes - Av. Estados Unidas, 1-Sala 515 - Fone: 2-3168 • Cluritha: Av. Garátio

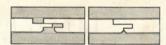


Safira





NÓVO SISTEMA DE COLOCAÇÃO DAS CHAPAS EUCATEX T & G — Cada chapa tem uma iniqueta e uma ranhura. A lingueta é pregada ou grampeada no tarugamento de madeira. Depois, outra chapa se encaixa parimeira através da ranhura. A colocação é feita com muito mais rapidez, pois as linguetas e ranhuras servem como "guia". Qualquer imperfeição de pregagem ou grampeamento é total mente encoberta. O que você vê é um fériro confinuo, perfeiro, uniferme.



# Fôrro é eucatex

Padrão de exportação, Eucatex é vendido e aplicado nos Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, França, Bélgica, México, Líbano, Portugal, Argentina e outros países.