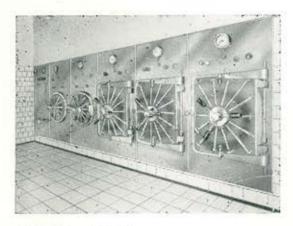
hospital de hoje

VOLUME 18 - AND VIII - 1963

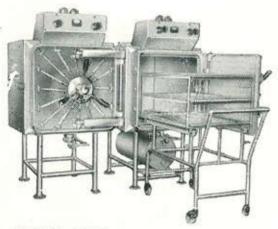
Iº CONGRESSO DA S FEDERAÇÃO DAS MISERICORDIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO



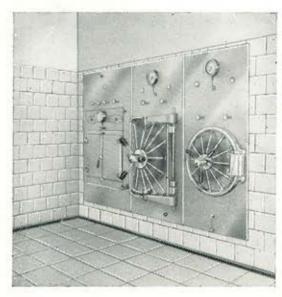
A mais completa linha de aparelhos para hospitais, indústrias químicas e farmaceuticas



MODÊLO L - 6-1200 Central de esterilização para Hospitais de 600 a 1.200 Leitos, c/espelhos de aço inoxidóvel



MODÊLO - 39207 Autoclave retangular, com dupla câmara, tipo hospitalar



MODÊLO L - 3-600
Central de esterilização para Hospitais de 300 a 600
leitos c/espelhos de aço inoxidável



MODÊLO L - 300 Central de esterilização para hospitais até 300 leitos c/espelhos de aço inoxidável



LUTZ FERRANDO OTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

Largo São Francisco, 34 — RIO DE JANEIRO — Tel.: 43-2955 LOJA: Rua Direita, 33 — Fone: 37-7147 — S. Paulo FABRICA: Rua Madre de Deus, 809 a 835 — Fone: 93-9412 — S. Paulo Rua da Imperatriz, 14 — RECIFE

Summingue

Moderna Iluminação Cirúrgica

MODELO

S 9 V D A

COM SUSPENSÃO DE BRAÇO

ACOTOVELADO E

BASE GIRATÓRIA

Estes aparelhos, com suas suspensões de braço acotovelado, de concepção moderna, permitem a iluminação do campo operatório SOB TODAS AS INCIDÊNCIAS dentro de um círculo de 3 metros de diâmetro e nas menores condições de assepsía (ausência de trilhos etc.). São de uma extraordinária maneabilidade, assegurada por 5 movimentos giratórios e basculantes combinados.

Permitem uma perfeita iluminação em tôdas as intervenções cirúrgicas, sem necessidade de deslocar a mesa de operação.



DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS EM TODO O BRASIL!

Únicos Fabricantes licenciados no Brasil:

microNal

S.A. Aparelhos de Precisão Av. João Dias, 3611 São Paulo

J.A. Aparellios de l'iccides

«Scialytique»

E MARCA REGISTRADA, EXISTE SOMENTE

UMA VERDADEIRA SCIALYTICA: A

CONSTRUIDA E FABRICADA POR BBT E

SEUS LICENCIADOS.

MERCEDES

IMEG

GARANTIA

DE

MÓVEIS

E

EQUIPAMENTOS

HOSPITALARES

MODERNOS

EFICIENTES

DURÁVEIS

RESISTENTES

ESMERADOS



INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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





Tinta vinílica (interiores e exteriores)

- microporosa e neutra, permitindo a ventilação das paredes
- inodora
- lavável
- e Resistente ao atrito graxas e óleos.
- Ótima aderência.
- Inigualável beleza, plasticidade e firmeza de côres.

MASSA CORRIDA

Para paredes e portas, oferecendo consistência ideal de aplicação, fácil de lixar, ótima aderência e grande resistência.

E AINDA

- Massa para batida.
- Líquido de base (para paredes muito absorventes).
- Liquido de acabamento (para efeito de acetinado ou lustro).
- Verniz colorido, fosco e lustroso.
- · Verniz para tacos.
- Isolante para cal e ferro.

Produtos Químicos Ciba S. A.

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

ANILINAS PARA TINTURARIA E ESTAMPARIA

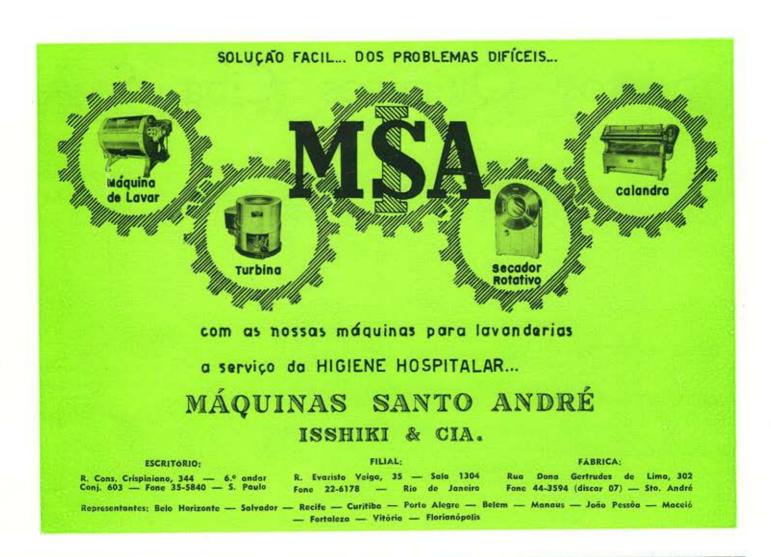
MATERIAS PLÁSTICAS

PRODUTOS PARA APLICAÇÃO TÉCNICA

PIGMENTOS ORGÂNICOS



SÃO PAULO Av. Adolfo Pinheiro, 3.180 Caixa Postal, 3678 RIO DE JANEIRO R E C I F E PÔRTO ALEGRE S A L V A D O R C U R I T I B A F O R T A L E Z A U B E R L À N D I A BELO HORIZONTE





ótica foto moderna

Óculos

Câmaras Fotográficas

Filmadores

Fotômetros

Gravadores de Som

Projetores de Slides

Projetores mudos e

sonóros 8 e 16 mm.

Telas para projeção

A.mpliadores

Tripés

Etc.

RUA MARCONI, 44 - FONES: 34-7582 E 32-9197 SÃO PAULO Atendendo às exigências hospitalares, IBACLI S.A. lança, para confôrto e segurança em todos os hospitais, a sua nova



CAMA-MACA - BRASILIA

Que reúne em uma só peça,

1) Cama com movimentos Fawler e Trendelemburg.

 Cama de recuperação, com haste escamateável para sôro, grades laterais de segurança e suporte para garrafa de oxigênio.

3) Maca para transporte, de fácil manejo. BRASÍLIA

é a peça que não pode faltar num hospital.

IBACLI S.A.

R. Nicolau Ancona Lopez, 47-65 Telefones: 32-1652 - 37-7611 — São Paulo

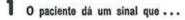


salva uma vida...

A SINALIZAÇÃO HOSPITALAR ERICSSON É DE IMPORTÂNCIA VITAL!

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

Nos mais modernos hospitais do mundo, a Sinalização Hospitalar Ericsson tem solucionado, com segurança, precisão e eficiência, o delicado problema do socorro imediato. Ao simples toque de um botão, sem qualquer possibilidade de êrro, o paciente é localizado e atendido. Imediatamente, também pela Sinalização Hospitalar Ericsson, o médico de plantão pode ser chamado.





2 é respondido pela enfermeira ...



3 e é visto no corredor.



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



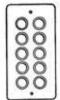
5 Atendido o paciente, o sinal é totalmente desligado.



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











Ericsson

DO BRASIL COM. E IND. S.A.

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

FILIAIS: SÃO PAULO · PÔRTO ALEGRE · RECIFE · BELO HORIZONTE — FÁBRICA: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



CHEVROLET

é o carro de confiança!



A carrocaria de aco do Chevrolet é a única estampada com moldes especials, exclusivos da GM; é absolutamen-



O espaço interno do Chevrolet é bem maior. É suas portas traseiras são mais amplas e funcionais. Para a remoção de enfermôs, por exemplo, CHEVROLET pode ser adaptado em versátil ambuláncia! Ágil e simples de manobrar, CHEVROLET livra-se rápidamente do tránsito fechado. Possante,
desenvolve altas velocidades com facilidade. E com segurança: seu robusto chassi paralelo garante estabilidade, agüentando os mais duros solavanços. Seus amortecedores telescópicos de
dupla-ação proporcionam rodar sempre macio. E CHEVROLET é mais econômico: sua mecânica
forte e simplificada reduz a manutenção e o desgaste e dá menos oficina... é o veículo de confiança para hospitais, maternidades, policiamento de ruas, combate a incêndios, reparação de fios
elátricos e inúmeros outros serviços de responsabilidade! Famoso Motor Chevrolet de 142 H.P.
6 Gilindros — potente, econômico, durável! De grande fórça de torção, é tão poderoso
como os motores de mais H.P.! Por ser de baixa rotação, faz os mais pesados serviços sem dar
tudo. Nunca sendo forçadas, as peças duram muito mais! Com apenas 6 cilindros, e contando com
notável garpurador, dotado de purificador de ar a banho de óleo, consome tão pouca gasolina
quanto os veículos de menos H.P.! A melhor assistência técnica Mais de 320 concessionários em todo o pais garantem pronta reposição de peças, por mecânicos treinados na própria GMI



PRODUTO DA

GENERAL MOTORS DO BRASIL S.A.

VISITE O CONCESSIONARIO CHEVROLET AUTORIZADO DE SUA CIDADE

OSPITAL DE HO

Órgão oficial do LPH Instituto-Brosileiro de Desenvolvimento e de Pesquisos Hosp



Membro da Federação Internacional de Hospitals

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

IPH - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares:

Personalidade Jurídica - sob n. 2.976, em 27-4-1954 - 4.º R. T. D. Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual n.º 4.774, de 12-8-1958 Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal n.º 44.735, de 23-10-1958 Conselho Nacional de Serviço Social — N.º 119.10, de 16-12-1959 —

SEDE E REDAÇÃO DO IPH

Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º and. conjunto 64 - fone: 36-3889 São Paulo - Brasil

Direção e Redação da Revista: Diretor e Redator Responsável:

Jarbas Karman

Redator Geral:

Martinus Pawel

Diretores de Secção:

Editorial:

José Reis

Psicologia Hospitalar:

Noemy da Silveira Rudolfer Betty Katzenstein

Laboratório:

Otavio A. Germeck

Farmócia:

Carlos H. Robertson Liberalli Quintino Mingoja Henrique Tastaldi

Anestesia:

Salvador Cromberg Kentaro Takaoka

Enfermagem:

Maria Rosa de Souxa Pinheiro

Côres:

Simão Goldman Hanus P. Struck

I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS DO ESTADO DE		
SÃO PAULO	pg.	5
MCÇÕES DISCUTIDAS E VOTADAS	pg.	5
CAUSAS DE DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINAN-		
CEIRO DOS HOSPITAIS — Carlos Gama		-7
cento bos nosminais — canos gama	pg.	7
PAGAMENTO DOS MÉDICOS QUE TRABALHAM NAS		
SANTAS CASAS — Fóbio Dória do Amaral	pg.	9
A SANTA CASA DE SANTOS E O PROBLEMA DA AS-		
SISTENCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE S. PAULO		
— J. Sady Netto	pag.	11
	pag.	0404
Camponhas de Levantamento de Fundos		
O caso específico do litoral do Estado de S. Paulo		
Análise comparativa da econômia hospitalar		
Rotatividade de Chefia dos Serviços Médicos		
Simplificação do Trabalho		
Seleção do pessoal hospitalar		
Treinamento permanente de todo o persoal hospitalar .		
Salário do pessoal hospitalar constante de uma parte		
fixa e outra variável		
Aumento do nível de salário mínimo dos empregados em		
Hospitais		
LEGISLAÇÃO PROIBINDO A CONSTRUÇÃO DE HOS- PITAIS GERAIS DE MAIS DE 400 LEITOS, TANTO		
PARA OS HOSPITAIS COVERNAMENTAIS COMO PA- RA OS PARTICULARES		
NA OS PARTICULARES		
POSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO DE UM IMPÔSTO ESPE-		
CIAL QUE VENHA EM BENEFICIO DOS HOSPITAIS		
ACONSELHAR O GOVERNO A NÃO CONSTRUIR MAIS		
HOSPITAIS GOVERNAMENTAIS.		
PROCURAR ORGANIZAR OF HOSPITAIS DENTRO DE		
PROCURAR ORGANIZAR OS HOSPITAIS, DENTRO DE JM CRITÉRIO, EM QUE PREVALEÇAM AS UNIDADES		
DE CUIDADOS INTENSIVOS.		
DE COIDADOS INTENSIVOS.		
ILIAÇÃO DAS SANTAS CASAS A ESCOLAS DE ME-		
DICINA.		
DEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES DOS ÓRGÃOS DO CORPO		
LÍNICO, DO DIRETOR CLÍNICO, DA MESA ADMI-		
VISTRATIVA E DEMAIS ÓRGÃOS DE ADMINIS-		
RAÇÃO.		
RGANIZAÇÃO EFICIENTE DOS ÓRGÃOS DO PODER		
ÚBLICO ENCARREGADO DE FISCALIZAR, ASSES-		
ORAR E ORIENTAR OS HOSPITAIS, BEM COMO DE		
IXAR DIRETRIZES NA DISTRIBUIÇÃO DE SUB-		
ENÇÕES.		
engoto.		
SSISTÊNCIA HOSPITALAR PELAS INSTITUIÇÕES FI-		
ANTRÓPICAS — Nestor de Oliveira p	o. 1	5
200		6

Normas:
Francisco Inacio de Araújo Silva Eudoro L. Berlinck
Sumário Inglês e Revisão:
Charles Honnold Crispin
Projetos:
Jarbas Karman
Nutrição:
F. Pompeu do Amaral
Estatística:
Martinus Pawel
Desinfetantes e Esterilização:
Jarbas Karman
Frio e Calor:
Remy Benedito Silva
0.000 0.000
Radioterapia: Carlos de Campos Pagliuchi
Carlos de Campos Laguaria
Radiodiagnóstico:
José H. Medeiros Sobrinho
Noticiário:
Martinus Pawel
Instalações: Alfredo Willer
Administração: Fausto Figueira de Mello
Acústica: Roberto Paulo Richter
Secretária:
Maria Aparecida Martins José Sotano
Contabilidade:
Fernando P. d'Abreu Braga
Desenhos:
Bento Manoel Affonso
Boletim da Associação dos Hospitais de
Minas Gerais — Diretor Responsável: Delcides de Oliveira Baumgratz
Impressão:
Brusco & Cia.
R. Luiz Gama, 764 - Fone: 33-7200 São Paulo
Clichês:
Angelo Lastri e Filho
NÃO E' PERMITIDA A REPRODUÇÃO, MESMO PARCIAL, SEM AUTORIZA- ÇÃO POR ESCRITO, DA DIREÇÃO DA REVISTA. OS PEDIDOS DE REPRODU- ÇÃO SERÃO ATENDIDOS NA MEDIDA DO POSSÍVEL.

E

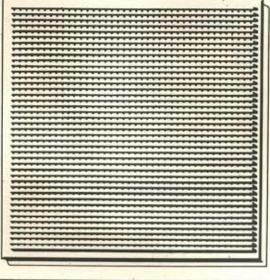
ASS NADOS SÃO DE EXCLU-

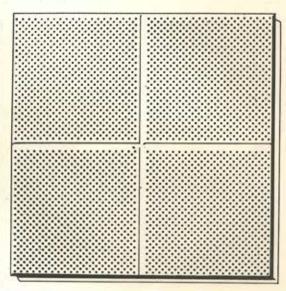
ARTIGOS

SEUS AUTORES

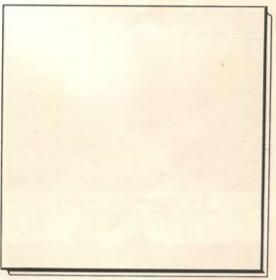
PROJETOS

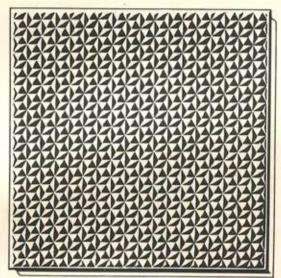
PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR FILAN-TRÓPICA — Luiz Gonzaga Bevilacqua pg. 19 PROBLEMA DA PREVIDÊNCIA MÉDICA - Aldo Con-LIVRO PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS pg. 26 PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS FILANTRÓPICOS — Fausto Spina pg. 27 BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE MI-..... pg. 29 NAS GERAIS NOTICIAS DO BRASIL Palestras na Delegacia do IAPI - Guanabara - sóbre Planejamento, Organização e Administração de Unidades Curso de Organização e Administração Hospitalar da Es-VIII Congresso Brasileiro de Cirurgia pg. 33 NOTICIAS DO IPH IV CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILI-ZAÇÃO — alunos inscritos pg. 34 ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO I.P.H. pg. 35 I CURSO DE SEGURANÇA EM HOSPITAIS - Programa do Curso pg. 36 Representações e Correspondentes de IPH _ exercício de 1963 pg. 37 LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO . pg. 38 PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE ROUPA E DOBRA-MEDIDAS DE PROFILAXIA PARA EVITAR A CONTA-MINAÇÃO DO CATGUT PELO CLOSTRIDIUM TETANI E OUTROS GERMES PATOGÊNICOS — Ariosto Büller Souto pg. PRESENCA DE BACTÉRIAS E DE COGUMELOS EM ALI-MENTOS LÍQUIDOS E SÓLIDOS, SIGNIFICADO PARA A SAÚDE PÚBLICA — Ariosto Büller Souto pg. PROVAS UTILIZADAS NO "INSTITUTO ADOLFO LUTZ" PARA CONTRÔLE MICROBIOLÓGICO DE PRO-DUTOS FARMACEUTICOS, VISANDO PESQUISA DE GERMES AERÓBIOS, ANAERÓBIOS E COGUMELOS -Ariosto Büller Soutopg. 1 IPH - HOSPITAL DE HOJE - VOL. 18 - ANO VIII - 1963











A nobreza do material, associada à sobriedade dos desenhos, faz com que Gessoplac seja o fôrro definitivo para ambientes de bom gôsto. E. por ser definitivo, é removivel e reaproveitável. São placas acústicas de gêsso e, portanto, muito mais duráveis e refratárias ao fogo. Sua colocação dispensa tarugamento e, por isso mesmo, o fôrro de Gessoplac não empena.

A colocação é feita pela própria fábrica e já está incluída no preço. Em escritórios, bancos, escolas, restaurantes, hotéis, lojas, hospitais, residências e indústrias, é possível combinar agora as vantagens de um material clássico e seguro com os desenhos mais modernos, graças aos modêlos de Gessoplac. É um material que se adapta aos mais diversos tipos de iluminação e que facilita a colocação de instalações de ar condicionado.

Como se sabe, o gêsso é eterno: torna-se cada vez mais resistente à medida que passa o tempo. Tudo isto veio fazer de Gessoplac o forro definitivo.

GESSOPLAC

ACÚSTICO









ESQUEMA DE FIXAÇÃO

É um sistema de fôrro suspenso, no qual as placas são presas por meio de tirantes de arame galvanizado sustentados em pregos de aço aplicados a revólver. Além de muito mais seguro, êsse sistema de tirantes oferece a vantagem de compensar o movimento da estrutura. As placas jamais empenam. A colocação fica sob a responsabilidade de um departamento especializado da fábrica de Gessoplac.

OUTRAS CARACTERÍSTICAS:

- o formato das chapas é de 0,60 x 0,60 m.
- o sistema de tirantes dispensa entarugamento, que é responsável pelo empenamento de outros tipos de fôrro.
- a isolação térmica é feita com la de rocha, material incombustível e que não degenera sob a ação do tempo.
- os suportes de alumínio na borda fixadora garantem uma fixação segura

GESSOPLAC

ACÚSTICO

Para informação mais amplas, dirija-se ao Departamento Técnico de GESSOPLAC S.A. Indústria e Comércio de Artefatos para Construção Civil RUA MARCONI, 31 - 6.º ANDAR TEL.: 34-0119 - SÃO PAULO

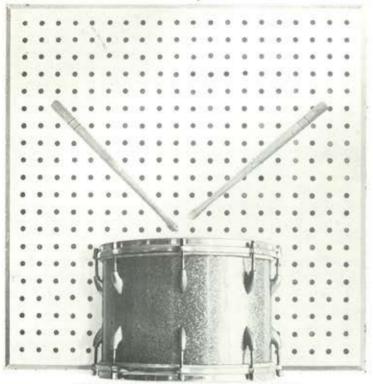
MOÇÕES DISCUTIDAS E VOTADAS

O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, em sua reunião de encerramento, a 17 de Setembro de 1962, depois de discutir e analisar os temas apresentados, recomendo:

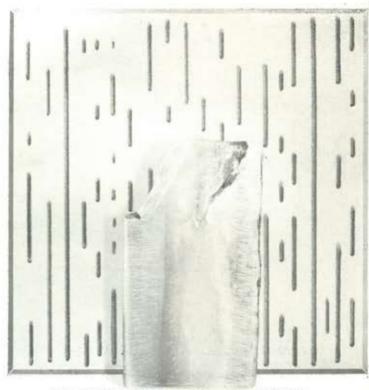
Encaminhar, ao Excelentissimo Senhor Governador do Estado de São Paulo, as seguintes Moções:

- 1.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS apela para que S. Excelência tome providências urgentes no sentido de ser aberto um crédito especial, na importância necessária, para a cobertura dos deficits previstos nos hospitais filantrópicos, no corrente exercício, agravados pelo regjustomento salarial e 13.º salário, possibilitando ainda a remuneração dos médicos, pelas instituições que ainda não estão cumprindo o disposto no artigo 3.º da Lei 1982/52;
- 2.º) Que seja reestudada o proposto do II Plano de Ação, no sentido de se atualizarem as dotações destinadas à manutenção dos hospitois filantrópicos e se cumprir fielmente a Lei 1.982/52, que determina sejam cobertos, pelo Estado, os deficits das instituições e pagos os salários médicos;
- 3.º) Que o I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS afirma a inconveniência da construção de novos hospitais no Estado, enquanto os atualmente existentes não atingirem um nível satisfatório de rendimento, ainda longe de ser alcançado, em virtude da falta de recursos financeiros, em consonância, aliás, com os recomendações dos técnicos da Aliança para o Progresso, salvo os hospitais destinados aos doentes crônicos e de (difícil) recuperação, para os quais existe legislação específica e verba no orgamento;
- 4.º) Pedindo a S. Excelência, que designe técnicos do Estado e convoque os representantes da Associação Paulista de Medicina, Federação dos Misericórdias e Associação Paulista de Hospitais, para estudarem a reformo dos Leis n.ºs 1 de 18-9-1957 e 1.174 de 21-8-1951, a fim de que sejam incluídas, na Lei Orgânica dos Municipios, disposições que definam as responsabilidades financeiras dos mesmos, na assistência médico-hospitalar;
- 5.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS apela para que a bancado de São Poulo, na Câmara Federal, proponha a votação, em regime de urgência, da Lei Orgânica da Assistência Hospitalar, em estudos nas comissões técnicas desso Câmara;
- 6.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS, manifesta seu apoio às justas reivindicações da classe médica, defendidas pela A.P.M. e A.M.B.;
- 7.º) O I CONCRESSO DAS SANTAS CASAS RECOMENDA às instituições hospitalares filantrópicas:
 - que permitam aos profissionais de reconhecida ética e competência exercer sua atividade, nas mesmas, ainda que não façam parte do corpo clínico da instituição;
 - que mantenham um serviço de anotomo-patología e centro de recuperação com contrôle médico permanente:
 - que instalem farmócias-oficinas de regulares o semiindustriais, para melhor racionalisoção terapêutica;

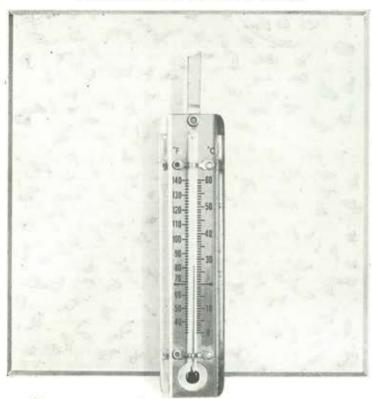
- d) que organizem um formulário de uso interno, e metodizem as compras de produtos farmacêuticos;
- e) que prescrevam definitivamente dos seus regimentos e da terminologia hospitalor o palavra "indigente".
- que estude a instalação de escola de auxiliares de enfermagem, para a qual já existe legislação específica;
- 8.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS recomenda que as Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo estudem a oficialização de estagiários para doutorandos e médicos recém-formados, nas Santas Casas mais próximas, que se tornariam, assim, hospitais de ensino;
- 9.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS propõe, à Associação Paulista de Medicina, que os cargos ou funções remunerados exercidos pelos médicos, nas Santas Casas, não sejam considerados, como acumulação de empregos, em virtude do seu caráter didático.
- O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS aplaude a reforma constitucional que visa o estabelecimento da Loteria das Misericórdias do Estado de S\u00f3o Paulo;
- 11.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS recomenda que:
 - a) se solicite à Federação das Misericórdias o estudo da importação de medicamentos anti-parasitários e equipamentos, ainda não produzidos no País, exclusivomente para suas associados, em taxas cambiais as mais favorecidas e gozando dos favores fiscais;
 - que se dirija, ao Embaixador Lincoln Gordon, mensagem, pedindo sua interferência, junto às autoridades americonas da Aliança para o Progresso ,no sentido de ser dada prioridade ao ítem relativo à assistência hospitalar, naquele programa.
- 12.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS propõe à Federação das Misericordias que consulte os suas federadas sôbre a indicação de tornar Patrono das Santas Casos do Estado de São Paulo o Dr. Gamo Rodrigues;
- 13.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS propõe que se realize um 2.º (segundo) Congresso das Santas Casas e demais Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo, daqui a 2 (dois) anos, no máximo, e, em homenagem à mais antiga Santa Casa do Brasil, sugere como local a cidade de Santos (SP);
- 14.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS, reconhecendo que, sômente com planejamento geral de tôdas as atividades assistenciais médicas, é possível conseguir-se o melhor rendimento na recuperação da saúde a curto prazo e aumentar a eficiência dos hospitais, Recomenda: que fíquem quanto aos serviços médicos, subordinados à Direção Médica, a enfermagem, técnicos auxiliares, serviço social, quando não houver administrador técnico;
- 15.º) O I CONGRESSO DAS SANTAS CASAS sugere à Federação das Misericordias que organize planos convenientes, a fim de que as Santas Casas e Hospitais Beneficentes brasileiros se reunam em uma Confederação Nacional das Misericórdias.



CHAPA DE EUCATEX ACÚSTICO A



CHAPA DE EUCATEX ACÚSTICO RANHURADO - 19 mm DE ESPESSURA



CHAPA DE EUCATEX ACUSTICO TRAVERTINO - 19 mm DE ESPESSURA

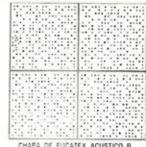


CHAPA DE EUCATEX ISOLANTE 60:60 CM - 12 MM DE ESPESSURA

O QUE É BOM SABER SÔBRE UM BOM FÔRRO

Elimina até 93% do barulho. Mantém o ambiente numa temperatura agradável, isolando o calor e o frio que entram pelo telhado. Custa bem menos que qualquer outro tipo de fôrro. É fácil de aplicar e é fôrro para tôda a vida. E o Fôrro Eucatex é bonito, moderno e decorativo.





CHAPA DE EUCATEX ISOLANTE
60 : 60 cm — 12 mm DE ESPESSURA

FÔRRO É EUCATEX ACUSTICO B
19 mm DE ESPESSURA

CAUSAS DE DESEQUILIBRIO ECONOMICO-FINANCEIRO DOS HOSPITAIS

PROFESSOR CARLÓS GAMA

Ex-provedor da Santa Casa de Lorena. Ex-secretário da Saúde Pública e Assistência Social de São Paulo. Chefe do Serviço de Neurologia da Santa Casa de São Paulo

Verificando que a maioria das Santas Casas e Hospitais Congêneres do Estado de São Paulo vem apresentando anualmente "deficits" orçamentários, de tal ordem que, dos 370 hospitais filantrópicos, 190 estavam sob penhora judicial, e que procuram cobrir com obtenção de aumento das verbas federais, estaduais, municipais ou com doações munificentes, o 1.º Congresso Médico das Santas Casas dedicou o 1.º tema oficial ao estudo do problemo do desequilíbrio orçamentário econômico-financeiro dos hospitais.

Muitos são os motivos dos deficits orçamentários dos hospitais, mas, por certo, nem todos êles são devidamente apreciados, para se encontrar as fórmulas, que conduzam ao equilíbrio indispensável ao prosseguimento da tarefa assistencial dessas Instituições.

Óbviamento o encarecimento das utilidades, e o aumento dos vencimentos do pessoal, são lógo alinhados, como fatôres de encarecimento do "leito-dia", otual critério em uso para avaliação do custo da assistência médico-hospitalar.

Ao contrário, a estabilização das dotações orçamentárias governamentais, bem como o congelamento dos rendas patrimoniois se alinhom como elementos antagônicos ao necessário paralelismo, receita-despesa.

A redução sensível das doações munificentes, devido à perdo progressiva do caráter coritativo dos hospitais, e à exigüidade das rendas oriúndas de doentes pagantes, pelo baixa percentagem dêsses leitos, em relação aos gratuitos, nos hospitais tipo-Santa Casa, e pelo usual precaridade de referidas instalações, pouco minoro a gravidade do problema. No entanto, outros fatôres preponderantes, ou não são considerados, ou são menosprezados; assim por exemplo, a prolongada permanência dos pacientes crônicos, e daqueles que permanecem no hospital, após a alta médica, por motivos sociais vários.

Somos de parecer que os chamados Serviços Sociais Médicos Auxiliares, além das grandes dificuldades com que lutom para reencaminhar os pacientes das enfermarias, após as altas, especialmente em nosso meio, para readaptor ao trabalho forasteiros que
buscam São Paulo para tratamento inicial, e depois emprêgo em
condições que não encontram em seus Estados, não subordinados
ao Serviço Médico, omitem-se, por folta dessa orientação, que é
fundamentol para questões prioritárias.

A permanência indevida de pacientes, ocupando leitos depois da alta, reduz o possibilidade de atendimentos de outros mais necessitados, baixo a produtividade do hospital e encarece, sem rozão, o processo do tratamento, ou seja, o custo da recuperação da saúde.

Afigura-se ainda mais grave a demora no atendimento dos pacientes por várias causas, entre as quais se alinha a falto de assistência médica, por escassez de profissionais, ou falta de obrigatoriedade, no cumprimento de tarefos, por, não se tratar de pessoal remunerado para as funções.

Entre a maioria dos hospitais filantrópicos, tem prevalecido, ainda, o critério de fazer economia, à custa da prestoção de serviço médico gratuito, como fóra do agrado dos profissionais, nos tempos idos da medicina liberal; mas, atualmente, quando a medicina está sociolizada, alguém paga pelo tratamento: o govêrno, o patrão, o instituição, ou o próprio beneficiado; não tem mais cabimento a exploração do serviço profissional do médico, gratuitamente.

O exame do problema, serenamente, e com análise do custo global do atendimento dos doentes, por médicos não responsáveis pela tarefa, uma vez que não remunerados, e que o fazem voluntária e abnegadamente, quando o tempo lhes sóbra e permite esse prazer caritativo, e, por outro lado, o que se realiza a tempo e à hora, por profissionais contratados e pagos, para o cumprimento da tarefa, se demonstra muito mais conômico e eficiente, nesta última hipótese.

Sòmente, com pessoal contratado, ou fazendo a tarefa por obrigação, será possível ao hospitol ter seu rendimento ou produção tabelados, sob forma de recuperação do saúde dos enfermos, e, em conseqüência, bem cumprir sua função precipua.

No que respeita à assistência médica, verifica-se uma baixa da eficiêncio, como decorrência, justamente da inexistêncio de tarefa obrigatório, para o médico, e consequentes substituições, fazendo o atendimento ter o caráter de rotina, ou o de emergência, ambos máus.

Consequências das reformas sociais, não existe mais o indigente necessitado, porque a êste, o Estado com o rótulo de Democrático, mos com o feitio Socialista, assiste, pogando ao hospital.

Questão apenas de distribuição; da mesma maneira que todos os demais serviços são pagos, até mesmo os dos religiosos, padres, pastores, freiras, etc., também os profissionais da medicina o necessitam ser, pelos mesmos motivos de precisarem equilibrar os seus orçamentos domésticos e não mais poderem dar-se ao requinte, como em lustros passados, de dedicar grande fração de seu dia de trabalho, às vêzes mais da metade, ao atendimento gratuito dos pobres.

Mudando os tempos, o próprio juramento hipocrático tornouse desotualizado.

Prestando serviço gratuito no hospital, não mais es tá o médico favorecendo o paciente diretamente, mas tirando do quinhão de sua família, para organização que o explora por não equacionar bem os problemas.

Cabe aqui, em causa, um depoimento pessoal. Sempre fomos contrários do pagamento dos Médicos pelas Santas Casas, por considerá-lo errado, nos moldes atuais, e, quando consultados, sempre o declaramos públicamente.

Como chefe de Serviço, neste Hospital Central da Santa Casa, destinamos a quota, que nos caberia, a propicior melhoramentos no Serviço, e a oferecer dos enfermos uma festa anual no dia de Santo Antônio e, aos funcionórios, umo festa de confraternização no Natal.

Falando, porém, agora, em nome da Comissão organizadora do I.º Congresso promovido pela ANSCSP, devemos defender, com bases científico econômicas, os postulados, que exprimem o pensamento dos membros do classe médica, atualmente.

Oturo fator de demora no atendimento dos enfêrmos internados, em nossos hospitais, é a deficiência de enfermagem, por exigüidade numérica dêsses dedicados profissionais.

Procurando corrigir o mal, muitos hospitais mantêm escolas de enfermagem de vários padrões, mas, em virtude da insignificância dos vencimentos pagos por tão prestimosos e cansativos serviços nos Hospitais Filantrópicos, as turmas anuais de novos enfermeiros se diluem quase totalmente para outros postos melhor remunerados.

Observa-se em geral acúmulos de pacientes nos serviços gerais, onde a escassez de pessoal técnico-especialisado é ainda mais sensível.

No Brasil, escasseam os enfermeiros de alto padrão, que tenham realizado cursos de nivel universitário. Dos poucos aqui formados, muitos são "globe-trotters", porque vivem, em comissões por países estrangeiros, observando, ou em cursos seqüentes de especialização.

Dos que aqui permanecem, a maioria assume posições de direção e raros desempenham verdadeiramente a profissão de enfermeiros

São, no entanto, preciosos, os auxiliares de enfermagem que suprem satisfotòriamente os de alto podrão.

Nestas condições, porém, o mais lógico é que os serviços de enfermagem fiquem subordinados às diretorias clínicos, quando não aos diretores administrativos, mas não às mordomias às quais compete a parte doméstica dos hospitais, e já assoberbadas com problemos trabalhistas, contóbeis, mas nunco a supervisão de assuntos de exclusiva assistência Médica.

Os auxiliares de enfermagem são capazes de cumprir as ordens dos médicos e desempenham com desvêlo seus mistéres, procurando aprimorar-se cada vez mais, porém não têm cultura básica nem especialisado suficiente para se bastarem, e poder dispensar a orientação médica do hospital.

Sem um planejamento geral, sem prontuário central dos enfermos, em vez de se procederem concomitantemente aos tratamentos das várias moléstios, tão comuns em nosso povo, o que a experiência demonstra que ocorre, são as internoções iterativas, ou as transferências para outros serviços, quando o paciente tem alta.

Alguns, parece que procuram prolongar sua permanência internados, por comodismo, ou econômia, ou recalcitrância em ser reintegrados na coletividade humana, como elementos produtivos, e não na condição aleatória de assistidos por moléstias que desejam prolongado.

Somos de parecer que o critério adotado, por volta de 1.934, por sugestão do saudoso pae, quando, como provedor da Santa Casa de Lorena, conclamava os provedores das demais Santas Casas do Estado de São Paulo, pora reinvindicarem junto ao Govêrno do Estado, critério mais equanime para o auxílio àqueles hospitais assistenciais, funcionando no tempo ainda da medicina liberal, e com a estigmatização trazido, havia 400 anos da criação das Misericórdias, pela rainha Santa Isabel de Portugal, atualmente não exprime o valor do serviço prestado na recuperação da saúde do homem.

Hoje, o Hospital Filantrópico, enquadrado na Socialização Estatal inexorável, deve ser comutado pela sua capacidade recuperadora dos enfermos, e não mais por albergoção dos pobres.

Daí, ao critério leito-dia, sobrepôr-se outro mais consentâneo, qual seja o de unidade de trotamento individual.

Para o Estado de feitio socialista, o que interessa é a recuperação do elemento da coletividade, e não a manutenção do indivíduo internado.

A êsse postulado, que arrasa toda filosofia caritativa, tão do gosto dos nossos ancestrais, avós, pais e os de nossa geração, sobrepõem-se o equacionamento do auxílio que o Estado deverá dar a cada elemento da coletividade, para o que será necessaria rigorosa seleção dos doentes, para atendimento gratuito, ou com pagamento reduzido, conforme seu poder aquisitivo.

Ainda mais, a contabilisação dos serviços prestados, para pacientes com direitos garantidos em outras organizações, nos casos previstos e obrigados, por especialisações e nos de emergência, necessitará ser rigorosamente realizada.

Assim equacionadas as várias fontes de rendas e apontadas as evasões, poderão os Santas Casas reencontrar seus equilíbrios financeiros, sem cair na redução do volume de seus serviços assistenciais, que tanto reclama o povo, porque, ponderávelmente, são os Hospitais Filantrópicos que no verdade prestam assistência aos desajustados da sorte. No Brasil 62,8% da ossistência médica é prestada pelos Hospitais Filantrópicos.

Neste Congresso, comparecem administradores de Hospitais o Médicos, para juntos anolisar frontolmente, e com isenção de ônimos, os problemas econômicos-financeiros, e aqui nos encontramos para êste duro encargo por ter sido provedor duma Santa Casa, a de Lorêna, Secretário de Estado da Soúde, e sermos chefe de clínica do Santa Casa de São Poulo.

Da análise dos relatórios oficiais deste tema, do 1.º Congresso Médico das Santas Cassa, e das discusões, deverão surgir as orientações seguras, para que as administrações dos Hospitais Filantrópicos possam, de vez, resolver os problemas mais graves que vêm entravando seu funcionamento normal.

Em geral, as Beneméritas Instituições Filantrópicas têm procurado seu equilibrio com recursos próprios, com pequenas ajudas governomentais, e apelando pora a caridode pública, quando surgem circunstôncias calamitosas, que últimamente se tornam cada vez mais freqüentes, nos orçamentos dêsses hospitais; mas, nêste Congresso, a tese, que seguiró o êste relatório, a ser apresentoda pelo Dr. Luiz Conzaga Bevilocqua, daró novos rumos ao problema,

Algumas vezes têm sido propostas como soluções, para o enquadramento das despesas nas minguadas receitas, a redução do volume de ntendimento de enfermos.

Nosso objetivo não deverá ser limitar as possibilidades de atendimento a um orcomento rigido, já que a saúde humana não tem preço; nosso lema será equacionar o orçamento, ao volume de serviço o ser feito, seja êle qual fór, mas dar atendimento ossistencial médico condigno, com a equidade de direitos, que tem todo cidadão perante a Constituição Brasileira.

DR. FÁBIO DÓRIA DO AMARAL

Secretório Geral da Associação dos Médicos da Sta. Casa de S. Paulo

Coube-me a dificil tarefa de focalizar um assunto delicado pelo sua natureza; o do pagamento dos médicos que trobalham nas Santas Casas.

Este pagamento representa uma grande modificação na vida administrativo das Santas Casas.

Até hoje, os dirigentes de hospitais filantrópicos, os diretores de sociedades beneficentes e os médicos, a classe dirigente e a classe médica, ambos têm praticado a caridade, atendendo gratuitamente, as pessoas de pequena capacidade econômica, os assim chamados indigentes.

Entretanto, em virtude da crescente socialização dos médicos, o padrão de vida da nosso classe está diminuindo e por isso somos obrigados a reduzir a quantidade de horas de trabalho que até hoje temos dado gratuitamente, diminuição essa que tende a se agravar e a oproximar de zero.

Ficam assim os dirigentes das Santas Casas sòzinhos nas suas atividades filantrópicas e, perdendo a colaboração gratuito dos médicos, êles se vêem na contigência de arranjar meios pora pagar-lhes os serviços profissionois.

Esta modificação não foi provocada pelos médicos e sim por aquêles que, legislando, mesmo com boa intenção, não deixaram de fazer demagogia.

A classe médica, sofrendo as consequências dessa legislação, vive hoje momentos de crise financeira, de queda vertical no seu padrão de vida, crise que felizmente não é muito profunda, mas que pode assumir características dramáticas, si não tomarmos agora as medidas profiláticas necessárias.

As causas da crise financeira, na qual a classe médica se debate, são as seguintes:

- 1 -- aumento do custo das utilidades decorrentes da inflação:
- II -- especulação imobiliário, principalmente na Capital;
- III desatualização do preço das atividades médicas particulares:
- IV desatualização dos ordenados pagos por entidades estatais, para-estotais e particulares;
- V hábito do trabalho gratuito;
- VI exploração de serviço médico gratuito pelo Estado;
- VII exploração do serviço médico gratuito pelos Institutos de Previdência e
- VIII exploração do serviço médico gratuito pela sociedade.

Façamos algumas rópidas considerações a respeito de cada um destes ítens.

 Aumento do custo das utilidades, decorrentes da inflação.

Essa é uma causa geral bem sentida por todos nós, pois atinge preferenciolmente todos os assalariados e não existe médico que não tenha emprêgo. A análise das causas do desequilíbrio econômico-financeiro do país foge ao âmbito dêste trabalho.

II — Especuloção imobiliária, principalmente na Capitol.

E' também um fato do conhecimento geral a especulação imobiliória, que campeia principalmente na Capital, e cujas causas não serão aqui analisadas por não constituirem objeto específico desta discussão. Desatualização do preço das atividades médicas particulares.

Para se verificar a veracidade desta afirmativa basta um exemplo: comparemos o preço de uma consulta com o preço do custo de vida em geral ou com o preço de gêneros alimentícios de primeira necessidade, há 10 ou 20 anos passados e no momento etual. Vamos verificar que o preço de uma consulta subiu menor número de vezes do que o preço de qualquer gênero alimentício. Os médicos, em geral, pela sua formação humanitória e sentindo, mais do que qualquer outra classe, a dificuldade do povo, não têm otualizado o preço da sua consulta no mesmo ritmo do desvalorização da moeda.

	Indice de custo de vida (x)	Preço d (x	e consulta x)
951	100	Cr\$	200,00
1 955	225	200	250,00
1 957	323		500,C0
960	830		1.000,00

- (x) Divisão de Estatística e Documentação da Prefeitura Municipal e São Paulo.
- (xx) Preço médio de consulta na zono central da Capital, em cruzeiros.

Enquanto em 1960 o índice de custo de vida mostra um aumento de mais de 8 vezes, o preço médio da consulta subiu 5 vezes apenas.

De 1960 para có não temos os índices, mas o preço de consulta subiu 7,5 vezes em relação a 1951, passando para Cr\$..1.500,00. Ora este preço já estaria desotuolizado si vigorasse em 1960, pois nessa ocasião o custo de vida já havia aumentado 8,3 vezes em relação a 1951.

Assim como o preço da consulta, outras atividades médicas particulares, como os intervenções cirúrgicos, estão com seus preços desatualizados.

 IV — Desatualização dos ordenados pagos por entidades estatois, para-estatais e particulares.

Esta desatualização é bem sentida por tôda a classe, pois pràticamente todos os médicos possuem emprêgo.

A relação, entre vencimentos pagos pelo Estado de São Paulo e o salário mínimo, diminuiu muito de 10 anos para cá. Há 10 anos os vencimentos do médico do Estado eram de 11 vezes o salário mínimo e agora êles representam apenas pouco mais de 3 vezes o salário mínimo. Do total de 3 000 médicos, que trabalham no Estado de São Paulo, mais de 3 000 médicos são funcionários estaduais. Isto quer dizer que mais de 1/3 da classe teve o seu salário diminuido, proporcionalmente, nos reajustamentos de vencimentos que o Estado fez.

Os vencimentos de quasi todos os médicos federais e paraestatais federais foram aumentados há pouco tempo em virtude da criação da vantagem de nivel universitário, bem como da extensão da vantagem do risco de vida e do salário famílio aos mesmos. Estas medidas melhoraram bostante e sua situação, mas mesmo assim os seus proventos representam apenas 6 vezes o salário mínimo.

Os médicos, que possuem emprêgos particulares, no geral continuam mal remunerados.

V — Hábito do trabalho médico gratuito.

O hábito é adquirido pelo treinamento e imposto ao individuo, às vezes, tão profundamente, que êle dá a impressão de se transmitir de uma geração à outra, como um caráter genético. E' o que acontece com o hóbito do trabalho médico gratuito. A população em geral e os próprios médicos acham que é obrigação do médico atender ao doente desprovido de recursos, sem a devido remuneração. E se um médico cobra honorários de um cliente de pequeno poder econômico êle é apontado por todos, inclusive por seus colegas, como um desalmado utilitarista.

Acho que não preciso aduzir provas a esta afirmativa, que é um estado de espírito de tôdo o nossa população.

VI — Exploração do serviço médico gratuito pelo Estado.

Aproximadamente 50% dos leitos das Santas Casas, princi-palmente as do interior, são ocupados por trabalhadores agrícolas. Como deve ser do conhecimento geral, a Constituição do Estado de São Paulo, no seu artigo 135 reza: A lei assegurará gratuitamente ao trabalhador agrícola assistência técnica, educacio-nal, médica, odontológico, formacêutica e hospitalar.

si é obrigação constitucional do Estado dar assistência médica ao trabolhador agrícola é também obrigação do Estado pa-

gar o médico para dar essa assistência. E nem se compreende que seja de outra forma, inclusive porque a lei federal impede que alguém exija de outra pessoo o pres-

tação de trabalho gratuito.

E há 16 anos o Estado de São Paulo vem usufruindo do trabalho médico prestado gratuitamente aos trabalhadores agrícolas, que ocupam 50% dos leitos das Santas Casas, apezar de estar em vigor a lei 1839/52.

VII — Exploração dos serviços médicos gratuitos pelos institutos de previdência.

Os institutos de previdência dispõem de uma reduzida rêde de assistência médica e hospitalar. A moioria das cidades pequenas do interior não dispoem de médicos credenciados pelos institutos para operarem e tratarem previdenciários, que geralmente são internados nas Santos Cosas.

Em trabalho no III Congresso Nacional de Hospitais, realizado em 1961, ficou demonstrado que, aproximadamente, 30% dos doentes atendidos e tratados gratuitamente pelas Sontos Casas, nos anos de 1959 e 1960, eram contribuintes de previdência social. Isto quer dizer que os médicos que atenderam êsses pacien-tes, deixaram de receber dos institutos de previdência uma certa quantio, que êles tinhom a obrigação de pagar, pois para tanto recolhiam uma porcentagem do salário dos trabalhadores. Houve e continua havendo uma exploração dos médicos o das Santas Casas pelos institutos de previdência

VIII — Exploração dos serviços médicos gratuitos pela sociedade

Si, dos leitos das Santas Casas, 30% são ocupados por previdenciários e 50% são ocupados por trabalhadores agrícolas, restam para assistência gratuita openos 20% dos leitos. E aos doentes internados nêsses leitos — deve

- deve o médico dar

assistência gratuito?

Respondo: não. A obrigação é de tôda a sociedade e dos govêrnos, Federal, Estadual e Municipal. A êles compete pagar o médico.

O médico é apenas, um elemento da nossa sociedade, que é cristă na sua grande moioria.

Os povos cristãos se distinguem das sociedades primitivas pelo desempenho das virtudes cristós, dentre as quais se destaco o caridade. Ela é uma obrigação de tódas as pessoas cristõs e não apenas dos médicos. Éstes devem exercê-la na mesma proporção em que qualquer outro membro da população. Por êste motivo, o médico deve contribuir monetariamente para a manutenção das Santas Casas, na proporção de suas posses, como qualquer outra pessoa e deve receber da direção das Santas Casas elos Serviços profissionais prestados.

Uma vez analisadas as causas da crise financeira da classe médica, embora muito superficialmente, vejamos quois as medidas que poderemos propér para combater as causas e sanar a crise.

I -- medidas imediatas

1 - restringir ao máximo a compra de tôda e qualquer uti-

2 — empregar as economias na construção de casas:

3 - atualizar o preço das atividades médicas particulares, tendo como base o índice do custo de vida;

4 --- iniciar campanha visando a atualização de ordenados pagos por entidodes estatais e para-estatais; manter atualizados os ordenados pagos por particulares;

5 - ter um único emprêgo;

 combater o hábito do trobalho gratuito, o que natural-mente exigirá grande fórça de vontade, pois é muito dificil combater qualquer hábito arroigado;

7 — conseguir do Govêrno do Estado um aumento na sun-

venção, às instituições filantrópicas, afim de que estas possam cumprir a lei 1 982/52.

A lei 1982/52, que criou o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, na alínea III do seu art. 3.º reza: remunerar os médicos em nível equivalente ,pelo menos, ao salório mínimo de 3 horas de trabalho, por dia.

função dos administradores de instituições filantrópicas obter do govêrno contribuição supletiva para o pagamento das des-

pesas, como dispõe a referida lei.

8 — não atender, como indigentes, os contribuintes dos institutos de previdência;

9 — não atender, como indigentes, pessoas de parcos recursos, a pedido de parentes, amigos e políticos.

II — Medidas a longo prazo.

1 — interessar-se, estudar, debater e difundir as medidas que achar conveniente para restabalecer o equil!brio econômico-financeiro do país; 2 — fazer campanha visando criar categorias na lei de ní-

vel universitário, baseadas no currículo estudantil;

3 — trabalhar para que a lei 1 983/52, que criou o Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural, seja posta em prática, (Não confundir com a lei 1 982/52, que criou o C.E.A.H.);

4 — adotar o sistema de livre escolha paro os contribuintes

dos institutos de previdência,

5 — adotar, como pagamento mínimo, a tabela de honorários que venha a ser aprovada pela A.M.B.;

6 — apoiar o aprovação da lei Orgânica de Assistência Hospitalar, atualmente nos Comissões Técnicas da Cômara Federal.

O aumento das despezas, que as Santas Casas terão com o pagamento dos sócios e com o reajustamento do salário do seu pessoal, poderá ser coberto das seguintes maneiros, ainda neste ano de 1962:

1 — atualização da subvenção do leito-dia paga pelo Estado de São Paulo, através do Conselho Estadual de Assistêncio Hospitalar, afim de que os serviços médicos possom ser pagos, como estipula o inciso III do art. 3.º da lei 1 982/52;

2 — dotação pelo Govêrno para as instituições filantrópicas de uma verba suficiente para cobrir as despesas com o reajustamento de salário mínimo em Outubro próximo, reajustamento esse que se preve será feito na base de

60%:

subvenção suplementor, a ser feita pelo Govêrno a tôdas as Santas Casas, de mais um duodécimo do total a ser distribuido no corrente ano pelo Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, afim de que as mesmas possam fazer o pagomento do 13.º salário;

4 — utilização da verba orçamentória de 1 962 para assistência aos doentes crônicos no valor de 100 milhões de cruzeiros, ainda não dispendida, para subvenção a tôdas as instituições filantrópicas, na base do leito-dia;

5 — extensão da subvenção por leito-dia, paga pelo Estado, aos leitos ocupados pelas alunas das escolas de auxiliares de enfermagem em tôdas as Santas Casas.

Si estas medidas forem insuficientes para o equilíbrio da despeza com a receita, as Santas Casas terão que lançar mão de um meio drástico qual seja:

6 - redução do número de leitos gratuitos até 50% do total atualmente existente.

A Diretoria da Associação dos Médicos da Santa Casa de São Paulo, após aprovar o presente relatório, julgou conveniente apresentar a seguinte recomendação:

O 1.º Congresso das Santas Cosas do Estado de São Paulo

considerando que:

os serviços médicos devem ser remunerados como qualquer outro trabalho e

a classe médica deseja ver aplicada as leis 1 982/52 e ... 1 983/52.

RECOMENDA:

1 — que todos os médicos recebam os honorários pagos pelas Santas Cosas. (Aquêles que o desejarem, poderão doá-los logo em seguida);

2 — que os médicos que prestam serviços nas instituições filantrópicas recebam honorórios por unidade de serviço, calculados em base nunca inferior ao salário mí-

nimo do médico; 3 — que os médicos internem nos hospitais filantrópicos e tratem os previdenciórios pelo sistema de livre escolha, previsto no Regulamento da Lei Orgânica da Previdência Social;

4 — que os médicos internem nas Sontas Cosas e tratem os trabalhadores agrícolas mediante pagamento, como preceituam as leis 1 982/52 e 1 983/52.

A SANTA CASA DE SANTOS E O PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

J. SADY NETTO
Administrador da Santa Casa de Santos

C nosso trabalho, como seu próprio título indica, não poderia de forma alguma ser condensado para uma apresentação rápida, pois o assunto é por demais complexo e amplo para ser resumido de tal forma.

Nestas condições, apresentamos o trabalho original, acompanhado dêste resumo, que indica os aspectos principais abordados no mesmo. A nossa exposição está assim dividida: A) Uma introdução, onde se descreve a organização e o funcionamento da Santa Casa de Santos, apresentando o seu grande volume de trabalho, que a classifica entre os maiores hospitais do país, bem como o alto padrão técnico-científico, que caracteriza a sua organização médico-técnico-administrativa.

O Hospital dispõe de 1,118 leitos, tendo internado, em 1961, 30 mil pacientes e atendido, em seus ambulatórios e nos seus serviços de emergência, outros 120 mil. Dotada de um Corpo Clínico altamente qualificado e de uma administração, calcada nos princípios da mais atualizada organização hospitalar, a Santa Casa preenche plenamente as finalidades do hospital geral, no seu conceito atual, que envolve: a) tratamento dos indivíduos atingidos pela moléstia ou acidentados; b) o ensino de médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos e tôda equípe de funcionários que, na assistência hospitalar moderna, trabalha sob o comando do médico; c) a educação sanitária da população; d) a pesquisa; e) a reabilitação.

Técnicos de nomeada, nacionais e estrangeiros, mencionam frequentemente esta Instituição como organização modelar, onde hospitais de vários cantos do país e até de outros países da América do Sul vêm buscar conhecimentos e experiência para orientarem as suas organizações.

Em 1962, a Santa Casa de Santos custaró cerca de 700 milhões de cruzeiros. Para justificar essa despesa, além de seu volume de trabalho representado pelos seus 1.018 leitos, pelos seus ambulatórios e pelos serviços de emergência que mantem, respondendo o hospital por tôda a região litorônea do Estado de São Paulo, procuramos demonstrar que, além dêsse grande volume de trabalho, o hospital é mantido dentro do mais elevado padrão técnico-científico, que o coloca em pé de igualdade com os principais hospitais grandes do país, notadamente os governamentais, que custarão individualmente aos cofres públicos, nêste mesmo exercício, cerca de 3 bilhões de cruzeiros. Procuramos, também, ao salientar o padrão de organização da Santa Casa de Santos, esposar tese de que, se as Santas Casas são hospitais gerais e se encarregam da maioria dos leitos do país, devem possuir organização excelente, que permita prestar aos pacientes serviços da melhor qualidade. Sim, porque não se pode compreender hospitais sem que seja dentro dêste ponto de vista, porque cuidam daquilo que de mais precioso existe - a vida e a saúde do homem. O Hospital só deve ser concebido nêstes têrmos, porque, se nos propomos a cuidar da vida e da saúde do homem, não podemos nos conformar com instituições apenas razodvelmente aparelhadas. Não é pelo fato de atender principalmente indigentes, que c'evem as Santas Casas se conformar em serem organismos que só têm o rótulo de hospital, porque o indigente tem o mesmo direito à vida e à saúde, que os indivíduos de recursos.

Para atingir ésses objetivos, entretanto, as Santas Casas necessitam de recursos, porque todos sabemos como é dispendiosa a assistência hospitalar e como ela encarece à medida que a medicina avança, exigindo do hospital organização cada vez mais complexa e dispendiosa. Ora, se na atual situação, em que a maioria de nossas Santas Casas contam com organizações modestas e, muitas delas, bastante precárias, encontramo-nos em regime altamente deficitário, imaginemos os recursos que serão precisos para dotarmos essas instituições dos meios necessários a um funcionamento compatível com as suas altas finalidades.

Reunidos neste Congresso, é preciso que não raciocinemos nos têrmos da atual situação, em que organismos, deficientes, desprovidos de pessoal, material e equipamentos, recolhem e tratam a maioria dos pacientes do país e que, assim mesmo, deficientes, dificilmente conseguem sobreviver em face dos déficits ameaçadores.

Devemos deixar bem claro que os déficits das Santas Casas, no momento, não são os déficits verdadeiros, êles são, realmente, 4 ou 5 vezes maiores do que os apresentados, considerando que êste hospitais carecem dos recursos necessórios para que o homem, atingido pela moléstia ou acidentado, seja restituido à sociedade o mais ràpidamente possível em condições de produzir. Não poderíamos, pois, deixar de descrever, em nosso trabalho, pelo menos os mais importantes aspectos da organização da Santa Casa, para mostrar como hospital particular, de cunho filantrópico, pode ser organizado de forma a atingir o mais elevado padrão técnico-científico a um custo incomparàvelmente inferior a outros hospitais semelhantes. E, ainda mais, substituindo o Poder Público de maneira altamente econômica para êste que deixa de dispender grande soma com a manutenção direta de hospitais governamentais, para agir de forma apenas supletiva, pois a Santa Casa, além de manter um hospital completo a um custo bastante econômico (outros hospitais semelhantes à Santa Casa custam muito mais) ainda emprega na manutenção dêste tôda a sua renda patrimonial, sua renda proveniente dos pacientes particulares, que atende, e de campanhas periódicas de levantamentos de fundos, que realiza. Dessa forma, o Poder Publico contribui apenas com urna parte da despesa. Mas o hospital defronta-se com um déficit assustador porque a contribuição governamental é grandemente insuficiente.

b) Um capítulo onde procuramos identificar as principais dificuldades defrontadas pela Santa Casa de Santos e que acreditamos são comuns à maioria das Santas Casas e a sua discussão, a nosso ver, será uma contribuição aos objetivos do presente Congresso. Nêste capítulo, comentamos inicialmente a dificuldade representada pela deficiência de pessoal, numérica e qualitàtiva; o problema do salário do pessoal hospitalar, que ocasiona "turnover" bastante elevado; o problema do equipamento e material, que todos sabemos ser bastante deficientes; dedicamos atenção especial ao problema do tamanho do Hospital, chamando a atenção para o fato do perigo de se construir hospitais grandes, que se tornam difíceis de ser administrados e procurando trazer nôsse comentário um pouco da nossa experiência de 12 anos na administração de hospital grande; abordamos as dificuldades relacionadas com o problema do médico, principalmente no que se refere à questão de sua remuneração; salientamos, também, a dificuldade representada pelo afastamento dêsses hospitais das escolas médicas; a falta de organização de nossos hospitais com definição perfeita da área de jurisdição dos diversos orgãos técnicos e administrativos que os compõem; a falta de uma estatística padronizada; a ausência, nos hospitais brasileiros, da análise de custos, e, finalmente, a falta de conhecimento, por parte dos poderes públicos, dos reais problemas dos hospitais.

c) Um capítulo onde, com base nos problemas discutidos no capítulo anterior, apresentamos algumas sugestões a êste Congresso. Gostaríamos de comentar tais sugestões, rnas a falta de tempo nos cbriga a enumerá-las apenas.

Sõo as seguintes:

1.a Sugestão — Sugerimos que se constitua uma comissão de membros da Federação das Misericórdias, juntamente com a Associação Paulista de Hospitais e Associação Paulista de Medicina, para estudar as bases reais em que devam ser concedidas as subvenções por parte dos poderes públicos, municipal, estadual e federal. Pelos déficits verificados nêsses Hospitais, pela deficiência da assistência prestada atualmente, pode-se afirmar que a ajuda recebida por essas Instituições dos poderes públicos é grandemente insuficiente, devendo, entretanto, salientar-se por questão de justiça que o Govêrno do Estado registrou, nêstes últimos anos, acentuado progresso no que se refere à racionalização da ajuda prestada às Santas Casas, o que deveria ser seguido pela União, pelos cutros Estados e pelos Municípios.

2.a Sugestão - Campanhas de Levantamento de Fundos; além ca ajuda governamental, seria interessante estimular a realização, anualmente, em tôdas as localidades onde existem Santas Casas, de campanhas financeiras, com o objetivo de levantar fundos para a manutenção dêsses Hospitais. Essas campanhas são imprescindíveis e devem envolver aspecto duplo-financeiro e educativo, porque é preciso urgentemente educar o nosso povo sôbre a necessidade de se ajudar os nossos hospitais, despertando uma consciência de previsão para o futuro, tudo fazendo para que os Hospitais que nos servem sejam mantidos dentro do mais elevado padrão, capaz de proporcionar melhor assistência, quando deles precisarmos. A indiferença do povo para com os Hospitais é alarmante. Ninguém pensa nos Hospitais a não ser quando, doente, dêles precisa. Então, quer encontrar, nessas instituições, o que há de melhor, porque a sua vida e sua saúde estão em jogo e nem por fração de segundo quer pensar que essas instituições possam não estar em condições de atendê-los. Todos esperam e exigem o móximo dos hospitais, mas nada fazem para ajudá-los. Muitos ignoram mesmo que essas Instituições sejam particulares, perisando até que se trata de instituições governamentais. Enfim, . ignorância com relação aos hospitais é grande. Muitos alegam sempre que compete ao govêrno tratar dêsse problema e não querem nem tomar conhecimento dêle. Precisamos demonstrar que o govêrno, assoberbado com problemas de tôda espécie, não atende ou não pode atender às necessidades dos hospitais e o resultado é que o paciente-indivíduo que, quando com saúde, nada fez pelo Hospital, porque em sua ignorância esperava pelo govêrno — é que vai sofrer as consequências de sua estultície, correndo a sua vida e a sua saúde riscos por deficiência do Hospital, que êle deveria ter ajudado quando com saúde, mas

Este é sobretudo um problema de ordem educativa, como aliós o é a maioria dos problemas brasileiros. Todavia, é urgente que se faça alguma coisa no sentido de se educar a nossa gente com relação 30 problema hospitalar.

A experiência, porém, nos ensina que campanhas dessa natureza são complexas e não podem prescindir da orientação de especialistas, para obterem êxito. Esses especialistas, porém, cobram um salário (geralmente uma percentagem sôbre o resultado da campanha) e o problema é que o público (esta é a experiência em Santos), não acostumado ainda estas realizações, aliós jó bastante difundidas nos países mais adiantados, onde existem dezenas de firmas especializadas em levantamento de fundos (porém quase desconhecidas entre nós), reage psicológicamente de maneira negativa, tornando difícil para as administrações dos hospitais realizarem essas campanhas. O nosso povo, em sua ignorância do problema, raciocina que não dará donativo para instituições de caridade se elas estão pagando uma percentagem à firma particular.

Mas a verdade é que, sem a organização dessas campanhas em bases científicas, o resultado será quase nulo. E' verdade que as críticas dessa natureza partem quase sempre de pequeno grupo, que não representa, de modo nenhum, a coletividade. Haja visto que, apesar dessas críticas, malévolas e inconscientes, a campanha financeira, que a Santa Casa de Santos realizou em 1961, alcançou pleno êxito, arrecadando o Hospital quase 50 milhões de cruzeiros. Entretanto, as direções dos hospitais, geralmente menos avisadas com relação a êste problema, sofrem a influência da opinião pública, não distinguindo que essas críticas são naturais e partem en grupo, geralmente mal intencionado ou ignorante do problema, e se retraem, receiando realizar tais campanhas, tão benéficas para os hospitais.

Como solução para êste importantissimo problema, sugerimos que o Govêrno do Estado contrate especialistas em campanhas de levantamento de fundos e estimulem as Santas Casas a realizá-las anualmente, fornecendo a assistência técnica dêsses especialistas. Não tendo os hospitais que pagar uma percentagem do resultado das campanhas a firmas comerciais, as suas direções se sentirão mais encorajadas em realizar tais movimentos e talvez se consiga dar a êsses empreendimentos cunho tradicional, criando-se com isso mais uma fonte de receita para os hospitais.

3.a Sugestão - O caso específico do litoral do Estado de S. Paulo. Como é do conhecimento geral, a Santa Casa de Santos, pròticamente, é o único hospital geral, grande, para atendimento de todo o litoral do Estado de São Paulo. Disto decorre uma situação insustentóvel para a Santa Casa de Santos, que se vê a braços, permanentemente, com um grande número de leitos extras, com o hospital superlotado e as internações se tornando cada vez mais difíceis, por falta de vagas. O problema assumiró, dentro em breve, aspecto de verdadeira calamidade pública, pois, pretender que a Santa Casa de Santos continue sòzinha através dos tempos a atender tôda a população de Santos e do litoral, seria o mesmo absurdo que se pretendesse que a Santa Casa de São Paulo estivesse, até hoje, atendendo sòzinha tôda a população da Capital. Há necessidade, portanto, urgente, de se construir mais um grande hospital para servir a todo o litoral paulista. Por outro lado, sabemos, que o govêrno não deve assumir diretamente êste encargo, devendo fazê-lo sempre de maneira indireta, por intérmédio de hospitais tipo Santa Casa. Assim, não seria aconselhável a construção de um hospital governamental, hospital de clínicas, por exemplo, como muitos poderiam advogar, para Santos e litoral, uma vez que o govêrno o tem construido noutras regiões do Estado. Isto, a nosso ver, está errado porque seria sangrar os cofres públicos com importóncia bastante elevada, pois, como sabemos, com o dinheiro que o governo mantém um hospital, diretamente, poderá manter mais de um, com a mesma ou maior eficiência, indiretamente. A nossa sugestão é, pois, no sentido de o Govêrno construir, em São Vicente, no local onde está atualmente o Hospital São José (hospital pequeno e que luta com grandes dificuldades) um hospital de 400 leitos, entregando-o à administração da Irmandade do Hospital São José. Acreditamos que esta é a única solução racional para o grave problema de assistência hospitalar do litoral.

- 4.a Sugestão Análise comparativa da economia hospitalar Sugerimos que se estabeleçam sistemas racionais e uniformes de análise de custo e se padronizem as estatísticas e os balanços dos hospitais subvencionados, de modo a permitir, por parte do poder público, uma análise comparativa, considerando-se o volume de trabalho e o padrão de organização de cada hospital.
- 5.a Sugestão Rotatividade de Chefia dos Serviços Médicos A fim de se evitar a estagnação dos Serviços Médicos, sugerimos que se estabeleça, como obrigatoriedade, que a Chefia de Serviços Médicos, em todos os hospitais, seja rotativa, suprimindo-se a vitaliciedade desses cargos que, pela natureza da atividade médica, não é aconselhóvel.
- 6.a Sugestão Simplificação do Trabalho Estabelecer para todos os hospitais a obrigatoriedade de se proceder de modo permanente e intensivo à simplificação do trabalho. Sabemos que, com a simplificação, se produz com mais e menor dispêndio e sabemos que a análise de trabalho, na organização de qualquer hospital, nos mostrará a necessidade de se adotar a racionalização, tanto do ponto de vista do aspecto estático da organização (estrutura) como do dinâmico (normas e métodos de trabalhos).

Muita coisa se poderia fazer para simplificação do trabalho hospitalar em todos os seus setores e isto redundará em grande economia para as instituições. Este é um assunto que precisa ser estudado, porque as pequenas Santas Casas não comportam a existência de especialistas para executar êsse importante trabalho. Para as pequenas Santas Casas, talvez a Federação das Misericórdias cu o próprio Poder Público pudesse oferecer assistência técnica nêsse sentido. No caso das grandes Santas Casas, é de todo interêsse que elas mantenham serviços próprios, encarregados dessas atividades, nada impedindo, porém, que êstes serviços funcionem entrosados com o Serviço Central (mantido pela Federação das Misericórdias ou pelo Poder Público).

7.a Sugestão — Seleção do pessoal hospitalar — Conseguir, entre as Santas Casas, que seja estabelecido que os empregados só sejam admitidos a serviço dêsses Hospitais, através de provas de habilitação e exames psicotécnicos, afastando completamente o "Spoti system" para emprego nos hospitais, que tanto prejudica a eficiência e a própria economia dessas instituições. Sabemos que o empregado, bem selecionado, muito mais ròpidamente aprenderá o seu trabalho e se ajustará ao cargo para o qual foi admitido, reduzindo em muito o período de aprendizado e de adaptação, em que sua produção é baixíssima, com graves prejuizos para os hospitais. Devemos nos lembrar que, se estivermos num leito de hospital, não queremos ver, à nossa volta, protegidos de políticos, mas elementos oevidamente selecionados e treinados para termos confiança no hospital e no serviço que êle presta.

8.a Sugestão — Treinamento permanente de todo o pessoal hospitalar - Depois de selecionado, o empregado precisa ser submetido, periòdicamente, a treinamento intensivo, não apenas para proporcicnar ao paciente assistência mais eficiente, como, também, para aumento da produção e consequente redução da mão de obra. Quando falamos em treinamento, estamos pensando não apenas no empregado novo, recém-admitido, mas, inclusive, no pessoal antigo, que precisa ser, periòdicamente, submetido a treinamento, não apenas em virtude da evolução das técnicas hospitalares, que produzem novos métodos de trabalho, mas, sobretudo, para revisão, porque sabemos que há uma forte tendência que arrasta o empregado para a rotina e para relaxar no exercício de suas funções e o único meio de se evitar isso é submeter, periòdicamente, todos es empregados a treinamento. Talvez se possa pensar num meio de se estabelecer certos incentivos financeiros para despertar, nos empregados, a boa vontade para se submeter a êsse treinamento, principalmente nos empregos antigos. Outra coisa, que é preciso lembrar, é que êsse treinamento deve ser extensivo a todo o pessoal do hospital e não só ao de enfermagem, como muita gente pode, erroneamente, pensar. Todo o pessoal hospitalar, desde os serventes de limpeza até o enfermeiro, precisa estar sendo submetido, permanentemente, a treinamento rigoroso, para a garantia do padrão de trabalho e da boa produção.

9.a Sugestão — Salário do pessoal hospitalar constante de uma parte fixa e outra variável. — Tanto no que se refere ao contrôle da despesa como no aumento da produção, muita coisa se poderia conseguir com o estabelecimento de incentivos aos empregados. Sabemos que o salário fixo não estimula, pois tanto faz que a produção seja maior ou menor, que se consiga maior ou menor economia na manutenção do hospital, o empregado receberá o seu salário intacto no fim do mês. Se relacionarmos o salário do empregado com a produção, a eficiência e a economia do hospital, teremos conseguido despertar a colaboração expontônea do empregado, nêstes 3 aspectos da administração. Talvez se possa fazer, como na Santa Casa de Santos, em que, em todo sos Departamentos, além do salário fixo, o empregado recebe uma parte que é variável, conforme o Departamento, referindo-se ora à economia, ora à eficiência e ora ao aumento da produção. Esse sistema da remuneração jó está em vigor na Santa Casa há alguns anos. com resultados satisfatórios.

10.a Sugestão — Aumento do nível de salário mínimo dos empregados em Hospitais. — O empregado em hospital precisa ser bem remunerado. Precisa ter remuneração superior à de outras empresas, porque a natureza do trabalho em hospitais é especial.

Os doentes, a família dos doentes, enfim, a clientela dos hospitais é uma clientela especial que exige uma fórça de trabalho ajustada, bem selecionada, treinada e trabalhando em condições de trabalho especiais para que o paciente receba realmente os cuidados que necessita receber. Se meditarmos um pouco na árdua tarefa de cuidar de doentes, muitos dêles em estado grave, outros desenganados, nada mais podendo ser feito em seu favor pela ciência, veremos que as pessoas que cuidam dêsses doentes precisam ser dotadas de requisitos especiais. Não atentar para a natureza do trabalho hospitalar, seria conformarmo-nos com uma situação, em que o paciente não é bem cuidado e que o pessoal não possui a disposição nem o preparo necessários para êsse trabalho especial e, frequentemente, neg!igencia no cuidado aos enfermos. Sugerimos que se pleiteie legislação especial, estabelecendo o salário mínimo do pessoal hospitalar, na base de 2 vezes o salário mínimo comum.

11.a Sugestão — Incluir na Legislação dispositivo que proiba a construção de hospitais gerais de mais de 400 leitos, tanto para os hospitais governamentais como para os particulares.

12.a Sugestões — Estudar possibilidade de criação de um împôsto especial que venha em benefício dos hospitais. — Esse impôsto poderia consistir de um dia de salário de cada cidadão válido, constituindo-se num fundo, que seria distribuido entre os hospitais, dentro de certos critérios de volume de trabalho e padrão de croanização.

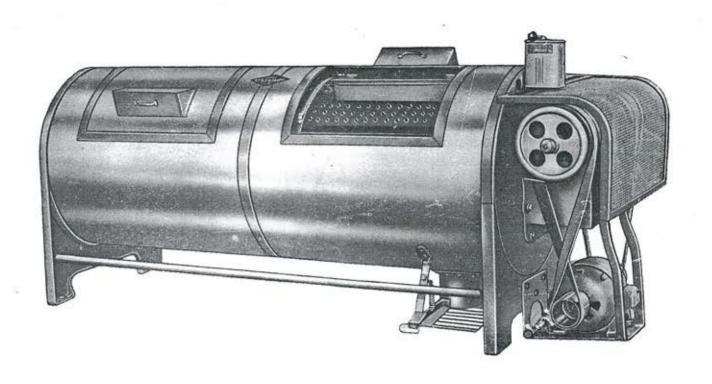
13.a Sugestão — Aconselhar os govêrnos a não construir mais hospitais gerais governamentais.

14.a Sugestão — Procurar organizar os hospitais, dentro de um critério, em que prevaleçam as unidades de cuidados intensivos, uma vez que está provada a grande vantagem dessa orientação.

15.a Sugestão — Filiação das Santas Casas a Escolas de Medicina. — Todos os estudiosos dos problemas de administração hospitalar são unânimes em comentar as dificuldades em se manter um bom podrão hospitalar em hospitais gerais, isolados dos centros de ensino médico.

16.a Sugestão — Definição das funções dos órgãos do Corpo Clinico, do Diretor Clínico, da Mesa Administrativa e demais órgãos de administração. — Tão importante quanto o aspecto econômico-financeiro e demais aspectos da administração e organização de nossos hospitais, é o da definição, segundo a moderna técnica de administração hospitalar, das áreas de jurisdição dos órgãos que compõem a máquina hospitalar para evitar atritos e mal entendidos, que tantos prejuizos e desestímulos causam ao desenvolvimento do hospital. Sugerimos que seja instalada uma comissão, composta de membros da Federação das Misericórdias, da Associação Paulista de Hospitais, do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares e da Associação Paulista de Medicina, para elaborar planos que, depois de aprovados pela Federação das Misericórdias, serão seguidos por tôdas as Santas Casas.

Finalmente, a 17.a Sugestão, que se refere à organização eficiente dos órgãos do Poder Público encarregados de fiscalizar, assessorar e orientar os hospitais bem como de fixar diretrizes na distribuição de subvenções. — Esses órgãos precisam dispor de organização, contando com pessoal necessário para poder se desincumbir com eficiência de sua importante missão de esclarecer as autoridades governamentais, quanto à real situação da assistência hospitalar.



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

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



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

REPRESENTANTES

RIO DE JANEIRO - Alfredo Rodrigues Ferrax - Rua Mexico. 119 - Gr. 1809 - Fone: 42-5529

BELO HORIZONTE - Emilio Gaissler & Cia. Ltda. - Rua Tupis. 449 - Caixa Postal. 195 - Fone: 2-3049

PÔRTO ALEGRE - João F. de Freitas - Av. Bento Gonçalves. 1425 - Apto. 13

B L U M E N A U - Emil A. E. Kammer - Rua 15 de Novembro. 1360 fundos - Fone: 1686

C U R I T I B A - Com. Representações Cunha Ltda. - Rua Monsenhor Celso. 211 - Cj. 602 - Fone: 4-8443

V I T Ó R I A — Conrado de Oliveira Neves - Rua Saturnino de Brito. 829

S A L V A D O R - Gastão Sampaio - Rua Miguel Calmon. 37 - 8.º and. - s/81 - Fone: 1704

R E C I F E - BADE - Instalações e Comércio Ltda. - Rua Velha. 352 - Fone: 3122

FORTALEZA — Lima & Albuquerque - Rua Barão de Rio Branco. 910 e 914 - Fone: 1-3430 - Caixa Postal, 24

B E L É M - Mirando & Cia. - Travessa Campos Salles. 205 - Fone: 4827 - Caixa Postal, 264

DR. NESTOR DE OLIVEIRA

PONTO DE VISTA DA AMSCSP

Especificam os programas dêste Congresso que um dos seus temas básicos são as relações entre os Hospitais Beneficentes e os Laboratórios Farmacêuticos, isto é, a Assistância Hospitalar pelas Instituições Filantrópicas.

Como um dos diretores do Congresso, coube-me a tarefa de relatar alguns aspectos dessas relações, abrindo caminho para discussões mais amplas dêste importante assunto. E, por isso, são convidados todos aqueles que têm idéias sôbre o tema em tela, nô-las apresentem, a fim de que tenhamos, ao final, uma resultante comum.

Este Congresso, nós o desejamos mais uma Convenção do que simplesmente um Congresso, ou um conclave, ou um seminário ou mesa redonda. É desejo da Comissão encarregada de levá-lo a bom término, além de serem linhas mestras estabelecidas pela Associação dos Médicos da Santa Casa de São Paulo, através de sua Diretoria atual, que aqui se originem diretrizes a tôdas nossas Santas Casas, nos diversos temas estabelecidos para o Congresso. E tais diretrizes, nós todos as desejamos baseadas nas nossas experiências e próticas e naquelas para aqui trazidas por todos os presentes e que nos honre em as apresentando de público.

O trabalho geral será em benefício do grupo, em benefício de melhor vida aos hospitais das Santas Casas, das suas direções, do trabalho silencioso e permanente dos seus médicos e da assistência efetiva aos seus pacientes internados gratuitamente. Pois, num hospital, os 4 (quatro) elementos básicos se entrelaçam intimamente: o Hospital e sua direção administrativa, os médicos, os pacientes e os medicamentos. Faltando um dêsses fatores necessários e suficientes não funcionará a móquina de curar.

Reunidos aqui, temos representantes das diretorias administrativas e clínicas dos hospitais e representantes dos Laboratórios Farmacêuticos. É fóra de dúvida que, normalmente, sòmente apoiamos de pronto aquelas idéias expendidas por outrem, contanto que estejam de acôrdo com as nossas próprias idéias. Muitos esclarecimentos, muitas explicações e muitas dificuldades e bastante tolerância nos porá de acôrdo com aquelas outras idéias diferentes. Tudo isto é absolutamente normal em relações humanas e de negócios. Doutro lado e com certeza, também, teremos muitos pontos de contato efetivos e iguais. A média final deverá ser em benefício dos nossos pacientes mais necessitados.

São do Prof. José Sylvio Cimino, ilustre Chefe dos Serviços de Farmácia do Hospital das Clínicas de São Paulo, as seguintes palavras: "Uma assistência médica, por melhor que seja, não estará completa se não oferecer aos pacientes, por parte da Farmácia, os medicamentos necessários para seu tratamento".

No simples enunciado destas palavras, poderemos aquilatar a importância do tema em téla que, realmente, deveria ser proposto num congresso dêste tipo e merece ser amplamente debatido.

Interessa aos Srs. Provedores pela relevância da parte econômica da instituição; interessa aos médicos, que irão fazer prescrições médicas necessárias à cura dos pacientes; interessa aos laboratórios farmacêuticos, que são organizações industriais como qualquer outro ramo industrial; finalmente, interessa aos pacientes que, quanto mais depressa e completamente restabelecidos possam voltar aos seus afazeres normais e aos seus familiares, melhor.

E, mais, considerando-se que um hospital filantrópico não poderá ser considerado um hotel ou pensão, pelo demasiado tempo de permanência dos pacientes nos mesmos. Quanto mais rápida a cura, através de todos os seus trâmites naturais e necessários, melhor para todos: médicos, pacientes e hospitais.

A FARMÁCIA HOSPITALAR

Por exemplo e para começar, se varificarmos a parte econômica num hospital tipo 1.000 leitos - esta Santa Casa - veremos, que, em 1961, foi feita uma economia de mais ou menos vinte, e seis milhões de cruzeiros, somente numa amostragem de cerca de cem produtos, com os respectivos preços de custo ou seja, matéria prima, mão de obra, embalagem, quebras. E' sugestivo e significativo tal resultado e quero acreditar que poderíamos levar tal resultado, em números relativos, para os hospitais de até 30 (trinta) leitos. Os professores Raul Votta e José Sylvio Cimino estabeleceram que, num hospital pequeno de cêrca de 30 (trinta) leitos, num pressuposto de despesas com medicamentos de Cr\$ 400.000,00 mensais, poder-se-ia afirmar que 30% corresponde a especialidade estrita, cuja manipulação escapa ao âmbito de qualquer farmócia, e que 70% do restante se refere a medicamentos de manipulação corriqueira. Estas manipulações, na farmácia hospitalar, poderão custar 50% (cincuenta por cento) menos que os preços catalogados. Continuam demonstrando citados autores que o lucro desta farmácia hospitalar, rendendo Cr\$ 60.000,00 por mês, totalizará mais de meio milhão num ano. São técnicos eméritos e grandes conhecedores do assunto os que assim se expressam e, entre os presentes, alguns poderão apoiar estas informações.

Mas, compensaria a instalação de um serviço de farmácia num hospital pequeno, tipo 30 leitos, existente em grande número no Estado? Se não compensar, pelo menos teríamos boas justificativas para tentarmos a solução aventada.

Por mais que a crescente evolução da medicina e da arte de curar se tornem patentes, os meios medicamentosos ainda são considerados insubstituíveis. E é bem verdade que, muitas vezes, com o simples ensinamento de se alimentar melhor, curamos o paciente.

Todos nós, os médicos, temos conhecimentos dêstes casos. Contudo, não é menos verdade, que os pacientas não aceitam êsses nosãos conselhos a não ser que receitemos alguns medicamentos.

Em sintese, sendo necessário o medicamento e se a existência de farmácia no hospital traz benefícios econômicos à instituição, então está plenamente justificada a existência de uma farmácia num hospital de 30 até 1.000 ou mais leitos. Seja a farmácia-oficina modêlo clássico, para a manipulação magistral de receituário médico, seja uma farmácia tipo semi-industrial ou industrial, cujo desenvolvimento e produção dependeriam dos recursos disponíveis para conveniente instalação e aparelhamento.

Infelizmente, nem todos os nossos hospitais de construção mais antiga ou os adaptados se integraram nestas exigências econômicas. Quase sempre se descuidou dêste aspecto, por quaisquer dificuldades técnicas ou até por esquecimento dos seus construtores

Nem todos foram desenhados por técnicos no assunto e engrande número de vezes dependeram da boa vontade de cidadõcs
eméritos locais, que os fizeram construir ou os adaptaram. Valeu
a intenção de servir dêsses homens magnificos e dinâmicos, que
passam pela vida fazendo o bem e trabalham para o bem-estar
comum. Cumpre dizê-lo, e é com satisfação que o fazemos, que
atualmente grande mudança se tem verificado nos responsóveis
pelos hospitais beneficentes na extraordinária adaptação a todas
estas novas idéias. A falta da farmácia hospitalar vem sendo sentida, tendo-se em vista os conceitos já enumerados e muitas instituições as estão construindo ou adaptando.

A farmócia-oficina, de manipulação magistral e contendo algumas especialidades farmacêuticas no seu estoque, seria o ideal para um pequeno hospital, até 50 (cinquenta) leitos. Poder-se-ia, e com razão, argumentar que o progresso da terapêutica deixou em desuso a pequena farmócia-oficina, cedendo lugar à farmócia industrial ou semi-industrial. E' um ponto de vista correto para os grandes hospitais, ricos e bem aquinhoados. Deveremos respeitar e argumentar, também, com as possibilidades locais e em muitas dessas

cidades, com o seu muito bom hospital beneficente, torna-se impossível, senão quase impossível, a instalação de uma farmácia semi-industrial. Teremos que nos contentar com a farmácia-oficina que, com eficiência, poderá fornecer água oxigenada, líquidos diversos, sabões, reativos, tinturas e ainda as fórmulas líquidas constantes do Formulário do hospital e de prescrição rotineira e abundante. E' uma ótima solução e é uma economia muito boa.

Além do mais, considerando-se a presteza com que poderá ser aviada a receita, a confiança depositada no que se receita e a parte econômica... sempre a parte econômica. Mais uma vez provada a necessidade de uma farmócia hospitalar.

Numa concepção mais ampla para os hospitais pequenos, e estamos no tempo dessas soluções modernas, poderíamos pensar nas cooperativas farmacêuticas dos hospitais beneficentes. Isto nada mais seria do que os hospitais, duma determinada zona, reunirem-se e organizarem uma cooperativa central de uso de todos

A cooperativa seria a compradora e distribuidora geral, a pedido de cada um, tanto das fórmulas magistrais comuns a todos de uso obrigatório e das especialidades farmacêuticas adquiridas a preços mais convidativos, porque em maior escala. E' uma solução a ser estudada e regulamentada em cada zona. A condição essencial exige base financeira estável e o bom entendimento entre os hospitais cooperados.

Num grau mais elevado, hospitais com mais de 150 leitos, jo comportariam a instalação de uma farmócia semi-industrial. E esta jó poderia atender a serviços internos e externos, fornecendo drogas industrializadas, mantendo sempre um alto padrão de técnica. A aquisição de medicamentos farmacêuticos é ainda indispensável.

FORMULÁRIO MÉDICO

Tendo o hospital uma farmócia à sua disposição, a parte econômica está solucionada, se bem dirigida. O uso dos medicamentos, à disposição do corpo clínico, precisa ser metodizado e isto se obtém por meio do Formulário. O Formulário, contendo as fórmulas magistrais de uso rotineiro e as especalidades mais usadas. deverá ser organizado pelo representante do Corpo Clínico e o Chefe da Farmócia. Com isto, a terapêutica ficaró metodizada ao móximo e os casos, que se apresentarem extraordinários, serão resolvidos extraordinòriamente, também. A terapêutica do hospital beneficente deve ser matodizada, e isto em nada prejudicará a eficiência da cura, como poderemos provar nesta Santa Casa, no Hospital das Clínicas e em outros grandes hospitais. O Formulário, de uso rotineiro e obrigatório, deverá sofrer revisões periódicas, como é óbvio. A sua confecção e apresentação não são dificeis, pois poderá ser desde tirado em várias cópias a máquina, mimeografados se em maior número, apresentados em folhetos se em número muito grande. O que se requer é a boa vontade d. corpo clínico e o desejo de mais economizar da Provedoria. Os hospitais beneficentes muito lucrarêo com a feitura do Formulário. Racionalizado o uso dos medicamentos mais comuns e das fórmulas magistrais, em pouco tempo apareceró a economia feita e ganha para outras cousas. E os pacientes não perderão cousas alguma, como tem sabemos nós os médicos. As especialidades farmacêuticas necessórias serão adquiridas a pedido dos médicos, em pequena escala e para uso de poucas semanas, jamais constituindo depósitos inúteis e fora de uso. Um pequeno fichário, uma relativa e fócil estatística é fundamental no caso. O que em hipótese alguma deverá acontecer, seja por ordem dos Provedores, seja dos médicos, seja da Farmócia, é o famoso "Depósito de Drogas" no hospital beneficente, até há pouco tempo de uso mais ou monos comum. Este é anti-econômico, é fonte eterna de prejuizos sem conta. Deve ser riscado, definitivamente, de nossas cogitações ou planos. O assunto é importante e grave e merece a devida consideração de todos.

INSTALAÇÃO DA FARMÁCIA

Resolvido que deveremos ter uma farmácia, passemos a sua instalação e funcionamento. No caso mais simples de farmácia-oficina, esta seria constituida por drogas de uso corrente e mais usadas, levando-se em consideração o preço e a ação terapâutica, assim como a manipulação de fórmulas magistrais, pomadas e soluções. Exige-se a presença de um farmacêutico diplomado, por Escola reconhecida e de nossa confiança: um local adrede preparado, como qualquer outra farmácia local. Tudo muito simples, mas eficiente. E quanto mais nos elevarmos, no tipo de hospital e número de leitos, mais complicada irá se tornando a solução do nosso problema. Para os resolver temos a Associação Paulista de Hospitais, assim como o IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares — altamente categorizados e dos quais todos são sócios.

Poder-se-ia aventar ainda uma solução. Certamente os hospitais beneficentes devem buscar soluções mais econômicas possíveis para as suas verbas disponíveis para as despesas com produtos farmacêuticos. Doutro lado, como é óbvio, os Laboratórios Farmacêuticos são ramos industriais, que vivem da fabricação e venda de seus produtos farmacêuticos ao povo e aos hospitais. O que precisamos, então, é encontrar um têrmo médico entre compradores e produtores, nêste caso os hospitais beneficentes sendo os compradores. Talvez os Laboratórios pudessem fornecer aos hospitais os seus produtos mais usados, em vasilhame especial, sem selagem e sem outros impostos e taxas correntes. Quer nos parecer que isto dependeria de leis especiais, o que torna a viabilidade mais dificil. E mesmo, da parte dos laboratórios, não seria tão fácil esta solução por causa da produção em série. O costume, mais ou menos usual, de os laboratórios fornecerem aos hospitais determinado número de amostras gratuitas e reduzidas, também não soluciona o caso. Este fato torna-se correto, quando temos em vista experiências ou testes de medicamentos novos em determinadas enfermidades. Certamente os representantes dos Laboratórios nos dirão sôbre o assunto, pois são indústrias que merecem ganhar a sua normal porcentagem de lucro.

Cumpre-nos, sempre é bom repetir, encontrar uma solução alta, beneficiando as Santas Casas e não prejudicando os Laboratórios Farmacêuticos.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

E, acima de tudo, meus senhores, deveremos nos lembrar de que a Assistência Social é, na nossa vida política, a organização destinada a sanar essa lacuna no país. A saúde do povo, sendo patrimônio da Nação, compete à Nação equacioná-la e dar-the solução adequada. Nem os Laboratórios, nem os médicos, nem os hospitais são os responsáveis diretos pela vida e saúde dos cidadãos, e sim o país, a sua direção política, o seu govêrno. Nós somos os componentes necessários e suficientes, a fim de que o país se torne realmente forte, resistente e realizador, cooperadores que somos para o bem-estar social. Não poderemos continuar sendo eternamente o vasto hospital, no dizer do grande mestre Pereira. O país do futuro deverá ser a realização do presente.

Para esta meta deveremos nos unir: provedores dos hospitais beneficentes, médicos que nêles trabalham e laboratórios que lhes fornecem os medicamentos; apontar aos responsáveis do país as soluções adequadas; conclamá-los para que olhem a saúde do povo menos favorecido, com olhos de realidade e não com a ingenuidade de conceitos como: "os médicos são encarados como os sacerdotes e juraram cuidar de seus semelhantes", os laboratórios são tidos como o bicho papão que tudo quer e os hospitais beneficentes que vão vivendo como puderem, ao Deus dará...

Unidos, seremos fortes e poderemos agir em benefício do Bem Comum. Separados, seremos presa fácil da demagogia barata de políticos frustrados.

Senhores, não poderia terminar êste rápido e despretencioso passeio pelos nossos hospitais beneficentes, no âmbito de sua economia medicamentosa, sem solicitar a preciosa atenção de todos para o basilar trabalho apresentado pelo Grupo de Trabalho nomeado pelo Sr. Ministro da Saúde e do qual, como relator, faz parte o nosso amigo e grande conhecedor do assunto, o Prof. Luiz de Gonzaga Bevilacqua. Alí são esmiuçadas as causas da penúria dos hospitais; são apresentadas sugestões para as solucionar; são determinadas as providências cabíveis a curto e a longo prazo, incluindo-se a falta de orientação administrativa e contábil. Muito obrigado.

CURSE A ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO IPH

S. A. BRASILEIRA DE FUNDAÇOES

"SOBRAF"



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



Estudo do Sub-Solo

Estaqueamentos

Tubulões



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

PROBLEMA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR FILANTRÓPICA

DR. LUIZ GONZAGA BEVILACQUA

Estamos reunidos em um Congresso de Misericórdias.

Não precisamos, nem devemos alongar-nos com a história das beneméritas instituições, muito menos procurar justificá-las pela revelação aos nobres congressistas do ciclópico trabalho que realizam.

Nós sabemos.

Todos os que aqui se encontram sabem.

Necessitamos, isto sim, estabelecer premissas, esclarecer conceitos, fixar diretrizes, antes de discutirmos as proposições que nos conduzam às providências que precisam ser tomadas, objetivamente, e com tôda a firmeza, para vencermos a crise, que, ameaçando a existência das Misericórdias, ameaça a maior rêde hospitalar conhecida em todo o mundo.

1 — Nosso primeiro escôpo seria o de dar início a um vigoroso movimento, de reação e de luta, de combate sem tréguas aos técnicos e teóricos da "seguridade social", de reação e de luta, de combate mesmo, aquêles que, por motivos políticos, por ingenuidade ou por excessivo tecnissismo, estão procurando miná-las, enfraquecendo-as nos seus alicerces, que são os nossos tradicionais sentimentos de filantropia e caridade.

Temos ouvido frequentemente e repetem-no quase todos os técnicos de hoje, que o mundo moderno não admite mais a caridade. Hoje, esta foi substituída pelo dever social, pela previdência, pela "seguridade", pela caridade técnica.

Afirma-se que a preservação da saúde é o primeiro e mais importante dever do Estado.

Que precisamos acabar, portanto, com as Misericórdias, com o Santacasismo, com os hospitais filantrópicos, cousas do passado remoto.

Muito se tem falado e escrito a respeito.

O realidade nacional, que os teóricos nem sempre costumam levar em consideração, está longe de indicar soluções práticas para o problema.

Apesar das trombetas dêsses arautos, só as Santas Casas continuam, arrastando todas as dificuldades, a aumentar os seus leitos, acompanhando o crescimento demográfico do nosso País.

Nenhum Estado livre, muito menos o nosso, pode dispensar a colaboração inestimavel e eficiente dessa legião de abnegados, que dedicam horas preciosas de trabalho, de estudo e ação, em benefício da causa pública.

"Dotados de invulgar espírito de sacrifício, desinteressados servidores do bem comum, o tempo que consagram à gestão das Misericórdias é roubado às atividades particulares, donde tiram os proventos para fazer face à sua sustentação e à de suas famílias

Há, por isso, na medida do possível, que respeitar as suas suscetibilidades e a autonomía e independência das instituições, exercendo junto delas uma ação mais orientadora do que propriamente fiscalisadora,

Tanto no que respeita às Misericórdias como em relação às outras instituições particulares de assistência uma cousa terá de estar sempre presente: — não podendo o Estado prover as necessidades de ordem sanitária ou assistencial, deve fomentar a sua criação e auxiliá-las no desempenho das funções, pois, procedendo assim, realiza, e por forma mais eficaz e menos onerosa, a sua própria missõo.

Ainda que a caridade tenha por fundamento o dever moral de socorrer os necessitados ou o preceito religioso da prática das virtudes cristãs, o seu exercício é livre, isto é, cada um pode dar largas à sua generosidade como melhor entender, direta ou indiretamente, escolher o necessitado ou a necessidade a socorrer, determinar o seu gráu de socorro, independentemente de qualquer autorização ou constrangimento.

Mas, organizar a caridade no sentido da justiça social, canalizar socorros em ordem a obter dêles o maior rendimento social é coisa diferente de criar entraves, pôr diques, ordenar burocròticamente a generosidade particular.

O curso desta é livre e só pode sofrer as restrições legais ou outras que resultarem diretamente da necessidade de salvaguardar o bem comum".

Daí a necessidade de se distinguir a instituição filantrópica daqueles que prestam serviços a elas.

Quem é obrigado a praticar a filantropia?

A instituição ou os seus médicos?

Nada impede que êsses pratiquem-na dentro da instituição, quando e como bem lhes aprouver.

C que não é justo e até mesmo honesto, é que se continue a exigir de uma só classe o ônus de um encargo que cabe indiscutivelmente ao poder público, que não retribue e não reconhece os méritos daqueles que estão suprindo suas deficiências e omissões. Devemos reconhecer e proclamar que não existem incompatibilidades irremovíveis entre o sentimento cristão, que inspira a caridade, e o dever social, fundado na própria Justiça, ambos objetivando o mesmo fim à dignificação do sêr humano.

A caridade é prática do indivíduo; o dever social obrigação do Estado.

No domínio da assistência, mais do que em qualquer outro, é condenável tanto o individualismo extremo e a passividade do Estado, como o Estatismo absorvente e esmagador.

Estado e particulares não se excluem, porquanto a um e a outro compete compartilhar na mesma obra de melhoria social.

Estado e partículares, longe de entre si se substituirem na prestação da assistência, conjugam esforços na prossecução do mesmo objetivo: combater a doença, aliviar o sofrimento, promover o bemestar físico, econômico e social do homem.

Muitos países estão preocupados com a humanização dos seus hospitais,

Sentimos êste anseio nos Estados Unidos, França e Inglaterra, onde os homens ainda não são considerados como máquinas a serviço do Estado.

O problema que se apresenta insolúvel nas organizações estatais inesiste nas organizações e hospitais mantidos pelas Misericórdias. Julgamos que, sem demora, devemos, resistindo a tôdas as pressões, revigorar, ainda mais, o espírito que presidiu a fundação das Santas Casas, tornando cada vez mais vivas as 14 horas de Misericórdia, que inspiraram a Rainha D. Leonor.

2 — A primeira dificuldade que os interessados no estudo dos problemas da assistência hospitalar encontram em nosso Estado, reside na completa ausência de dados estatísticos, devidamente tabulados e na sonegação de informes por parte dos órgãos competentes.

E' preciso muita paciência.

Parece tratar-se de assunto secreto.

O pouco que se obtém, depois de multa perseverança, é incompleto. Quando são consultadas duas repartições, em geral oferecem dados completamente diferentes, desnorteando o pesquisador.

Os anuários e publicações do Departamento de Estatística do Estado, ricos em informes sóbre assuntos financeiros, bancários, sociais, demográficos, políticos e agrícolas, são completamente mudos sóbre hospitais e doentes.

A única fonte aparentemente idônea parece ser o IBGE, que por intermédio de suas agências municipais obtem alguma uniformidade nos dados que colhe e o Conselho Estadual de Assistência Hospitalar no setor das entidades subvencionadas.

O presente trabalho foi organizado com os elementos colhidos em várias fontes: IBGE; Tabelas explicativas da Receita e Despesa do Estado; Balanças da Contadoria Geral do Estado e da República; Relatório do Plano de Ação e Mensagens do Govêrno à Assembléia; informações colhidas pessoalmente no C E A H; e no Plano de Ação; em publicações e pesquisas nos arquivos e bibliotecas do Ministério da Fazenda e Saúde; balanços e relatórios de Santas Casas de São Paulo e inquéritos realizados pela Federação das Misericórdias.

Os dados recolhidos foram convenientemente criticados, antes de serem utilisados.

3 — Para compreendermos melhor a responsabilidade das Misericórdias e congêneres, no armamento hospitalar do Brasil, e conhecermos a posição de São Paulo, organizamos com os elementos colhidos no IBGE, o seguinte quadro:

LEITOS EXISTENTES EM S. PAULO, NOS ESTADOS E NO BRASIL

— 1960 —

Leitos e bercos

	ESTA	DOS	SÃO PA	AULO	BRAS	SIL
1 - Federal	14.553	7,8	78	0,2	14.631	5,7
2 - Estadual	40.234	21,6	27.284	38,3	67.518	26,2
3 - Municipal .	9.132	4,9	864	1,2	9.996	3,9
4 - Paraestatal .	4.836	2,6	545	0,8	5.381	2,1
Sub-Soma .	68.755	36,9	28.771	40,5	97.526	37,9
5 - Filantrópicas	100.892	54,2	35.997	50,6	136.869	53,1
6 - Lucrativas ,	16.628	8,9	6.348	8,9	22.976	9,0
Sub-Soma	117.520	63,1	42.325	59,5	159.845	62,1
TOTAL GERAL	186.257	100,0	71.096	100,0	257.371	100,0

Duas observações ressaltam:

1.º — que 60% dos leitos disponíveis em São Paulo são de iniciativa privada;

2.º — que sòmente 1 % dos leitos existentes no Estado é da responsabilidade da União, dos Institutos e Autarquias Federais.
Dos 71.096 leitos existentes o Govêrno Federal, Institutos e Autarquias mantêm 623.

Informações, colhidas no Plano de Ação, indicam que o número de leitos mantidos por instituições filantrópicas, em São Paulo, é da ordem de 52.616.

Se aceitarmos este dado como verdadeiro, pela circunstância de ter sido obtido pelo levantamento das instituições que recebem auxílio por leito-dia, a participação da iniciativa privada na assistência hospitalar em São Paulo, passa a ser de:

— 67,2% — como segue:

Govêrno e Autarquias		20		28.771	32,8%
Filantrópicas					
Lucrativas			6.348	58.964	67,2%
Total,	Ç.	20		87.735	

Sejam 60% ou 67%, o que desejamos deixar claro é que a iniciativa privada, especialmente das entidades filantrópicas, constitue o grande suporte da assistência hospitalar em nosso Estado.

Em segundo lugar, vēm os hospitais mantidos pelo Govêrno Estadual, em sua maioria ao atendimento de doenças contagiosas e mentais. 4 — Inquéritos recentemente realizados revelaram que os doentes atendidos pelas Santas Casas e instituições congêneres eram constituidos de:

Essas percentagens sofrem variações muito acentuadas de acôrdo com as seguintes peculiaridades regionais:

- a) Em Santas Casas, sediadas em Zonas Agrícolas o Grupo I atinge até 75% dos leitos;
- Em Santas Casas, situadas ou próximas dos centros comerciais e industriais, o Grupo II atinge até 60%.

Patenteia-se que o número de leitos ocupados por doentes verdadeiramente indigentes nunca é superior a 30%.

Não pode surpreender a ninguém êste resultado, se considerarmos que só os empregados domésticos, os ambulantes, os desajustados e os artezãos que trabalham por conta própria estão completamente desamparados.

5 — Os trabalhadores agricolas, que representam 30% da nossa população, não podem ser considerados como indigentes, eis que a Constituição Estadual, em seu artigo 135, proclama:

"A lei assegurará gratuitamente aos trabalhadores agrícolas assistência técnica, educacional, médica-odontológica, farmacêutica e hospitalar".

Verifica-se, portanto, que o Estado transfere às Santas Casas e seus médicos, o encargo Constitucional, de sua exclusiva responsabilidade, cumprindo-os tão sòmente quando atenda trabalhadores portadores de doenças mentais e contagiosas.

Não se alegue que o Estado subvencione as organizações filantrópicas para êsse fím.

€ — O auxílio estatal é supletivo.

Não cobre a totalidade das despesas com o atendimento dos trabalhadores da zona rural e agrícola,

Quanto a êsse aspecto ainda existe uma grave irregularidade que precisa ser sanada.

A Lei 1.982, de 19/12/1952 em seu artigo 2.º, § único, é muito clara: — "As subvenções e auxílios de que trata o artigo 2.º, item I, serão destinadas supletivamente a manutenção, instalação e equipamentos das instituições, e o seu montante será arbitrado peio C.M.A.H. de acôrdo com o custo do leito-dia.

O grifo é nosso.

Ora, supletivo é o que supre, o que completa.

Portanto, as subvenções por leito-dia concedidas pelo Estado, não poderiam ser distribuidas como vem sendo feitas, arbitràriamente, sem considerar o texto legal e a intenção do legislador, que pretendeu garantir a estabilidade financeira das instituições privadas, que realizam tarefas da competência e obrigação do poder público. Hospitais que apuram elevados superavits, recebem por leito-dia, a mesma importência concedida aos que estão sendo minados por deficits, numa flagrante subversão do texto e do espírito da lei. A inflação e o encarecimento do custo de vida atingem indistintintamente ricos e pobres, hospitais grandes e pequenos, de padrão A, B ou C.

Qual o critério para fixação dos auxílios por leito-dia no período 1955 a 1962.

Uns tiveram seus "quantus" aumentados de 5 vêzes, outros de 6, 7, 8 e até 12 vêzes.

Já que não se cumpre a Lei dever-se-ia estudar um processo técnico para determinação dos tetos.

Pressões políticas e arbitrio pessoal não deviam ser tolerados em

assuntos de tamanha importância. Compreendemos que a situação atual, errada e irregular é, em

Compreendemos que a situação atual, errada e irregular e, em parte devida à exiguidade dos recursos postos à disposição do Conselho para o atendimento dos seus encargos.

O govêrno do Estado, sistemàticamente, reduz as dotações solicitadas pelo Conselho de assistência hospitalar, cometendo absurdo de fazer economia, em verbas que por sua própria natureza são irredutíveis. Fode o Estado determinar que se fechem hospitais, para limitar es despesas do Conselho a um determinado teto arbitrário, mas nunca diminuir a sua contribuição, que deflue de um imperativo legal explícito e irrecusável.

A parcimônia do Estado na destinação de verbas para manutenção dos hospitais particulares, contrasta-se com a prodigalidade na cistribuição de dotações neste mesmo setor e em outros.

7 — O Estado em 3 dos seus melhores hospitais, perfazendo um total de mais ou menos 2.000 leitos, dispende anualmente 3 bilhões de cruzeiros ou sejam;

i,5 milhões de cruzeiros por leito, por ano, ou ainda 4.100,00 cruzeiros por leito-dia em média.

Para manutenção de 40.000 leitos destina mais ou menos 1 bilhão de cruzeiros ou sejam: 25.000,00 cruzeiros por leito-ano ou ainda 68,00 por leito-dia em média.

— o que nos leva a concluir que o leito das instituições particulares custa aos cofres públicos 60 vezes menos que os leitos mantidos pelo próprio Estado.

Argumenta-se que os padrões hospitalares são incomparáveis.

Que os leitos dos Hospitais de Clínicas são muito melhores e que os hospitais de ensino são caríssimos.

Estamos de acôrdo com tudo isso, mas não podemos aceitar a relação que alcença 60 vêzes mais...

Das duas uma: — Ou o Estado dispende muito com a manutenção cos leitos por êle diretamente administrados ou está participando com muita parcimônia da manutenção dos leitos oferecidos pelas entidades privadas.

Preferimos aceitar como verdadeira a última hipótese.

Este desequilíbrio talvez seja uma das contingências mais injustas nos dias em que vivemos.

Poucos têm muito e muitos têm pouquissimo.

Dois mil leitos têm 3 bilhões; 40.000 têm 1 bilhão.

8 - O mesmo acontece com os Institutos.

Impõem tabelas irrisórias aos hospitais das Santas Casas e dispendem importóncias fabulosas nos seus próprios hospitais.

Muitas pessoas, menos avisadas, perguntam: — por que as Santas Casas aceitam as tabelas dos Institutos se elas são vis?

A resposta é muito fácil.

Se não aceitamos o contrato nas bases impostas pelos mesmos, os doentes da Previdência continuam a ser tratados e atendidos "de graça" pelos médicos da Santa Casa, que por sua própria formação jamais se recusam a atender o homem doente e aflito.

Muitos provedores e médicos, em alguns hospitais filantrópicos que visitamos, anunciam enfòticamente: — NÃO ATENDEMOS CONTRIBUINTES DA PREVIDÊNCIA. A determinação é cumprida? Pergunto aos senhores médicos presentes, ou melhor desafio os senhores médicos para que nos respondam: — Qual dos senhores deixou de atender um pai aflito. Uma parturiente em dificuldades? Uma criança exangue. Só porque contribue para a Previdência.

Poderemos estabelecer o outro confronto no setor da Previdência Social, fonte exuberante de contradições desnorteantes.

Todo o país contribue para a Previdência.

Não há um só brasileiro, que direta ou indiretamente, deixe de pagar seu tributo.

Porque não são sòmente as contribuições do empregado e empregadores, os diretamente interessados, que são canalisadas para os cofres dos institutos.

A União contribue com uma terça parte.

A taxa de Previdência onera os transportes, o consumo de luz e fórça, as viagens aéreas.

O Fundo da Previdência locupleta-se do jôgo, das loterias, das corridas de cavalos, do impôsto sóbre a renda que recai indistintamente sóbre tôda a população.

Setenta milhões de brasileiros contribuem para que 15 milhões gozem dos benefícios.

Um emínente estatístico do Rio afirmou certa ocasico, que as estatísticas no Brasil faziam chorar...

Os números que a seguir alinhamos, e que foram extraidos de publicações oficiais, não admitem contestação:

Em 1960, os Institutos tinham:

Total...5.575.072

Segundo os cálculos de atuários do Ministeério do Trabalho, a relação dependentes é da ordem de 1,8 dependente por contribuite, o que corresponde a 10.029.729 donde se conclue que:

A Previdência social abrange:

Sendo a população do Brasil de 70 milhões, temos que, sômente 22% se beneficia da previdência social.

No setor da assistência médica, talvez se encontre a maior das injustiças.

Apesar da receita dos Institutos corresponder, hoje, à metade da receita da União, os contribuintes dos Institutos e seus dependentes ainda são os grandes usuários dos leitos e dos serviços das Santas Casas, na condição de indigentes.

Estudos recentes demonstraram que 30% dos leitos das Misericórdias são ocupados por doentes da Previdência.

Nêste capítulo cabe ainda assinalar que as próprias instituições filantrópicas estão sendo obrigadas a contribuir para a L.B.A.; S.S.R.; e outros organismos responsáveis por encargos que estão sendo atendidos pelas Santas Casas.

9 — O problema do SAMDU merece referência especial.

Está se generalizando, em São Paulo, uma prática, qu e devemos combater energicamente.

Os Municípios são os grandes ausentes da assistência hospitalar. Raríssimos os que contribuem, auxiliam ou amparam os seus próprios doentes.

Serviços de Pronto Socorro, obrigação específica do Município, só existem em 24 cidades do Brasil.

A alegação é, quase sempre, de que as finanças municipais não comportam maiores encargos.

No entanto, muitas Prefeituras, subvencionam o SAMDU, para realizar o Pronto Socorro.

O que acontece na prática é que, êste organismo, como os seus similares, não têm outra função, a não ser transportar doentes para os hospitais filantrópicos, transferindo-lhes o encargo maior, que é do tratamento.

Temos conhecimento de muitos incidentes ocasionados pelo fato de serem encaminhados, para as Santas Casas, os doentes gratuitos e, para os hospitais particulares, com finalidade lucratíva, os que podem pagar.

Para transportar doentes os Municípios encontram sempre recursos: para trató-los e atendé-los nunca dispõem de verba?

Os convênios dos Municípios com o SAMDU ainda apresentam um outro aspecto odioso.

A União não auxilia e não assiste o homem doente em São Paulo,

mas vem aqui buscar subsídios para auxiliar a manutenção de serviços, que tinha a obrigação de prestar.

Esta a situação do SAMDU. Tem em São Paulo a sua maior fonte de receita.

Arrecada em todo o Estado.

Presta serviço em meia dúzia de cidades e ainda recebe subvenções e auxílios de alguns municípios para transportar doentes para as Santas Casas.

10 — A crise financeira, que nos assoberba e aos nossos hospitais, é do conhecimento público.

Não nos cabe examinar as suas causas,

Seus efeitos imediatos são: a queda do padrão hospitalar e, em futuro próximo, a generalização do colapso, que já está ameaçando as maiores.

As dotações do Plano de Ação, se bem que vultosas para a época, não foram suficientes para atender as necessidades imediatas e urgentes das organizações deficitárias.

As perspectivas futuras são desoladoras.

O II Plano de Ação consigna dotações muito aquém das que seriam necessárias para restabelecer o equilíbrio financeiro desejado. Segundo informações colhidas na administração do Plano, a dotação destinada ao auxílio para manutenção, proposto para 1963, é de 1 bilhão e noventa milhões.

A mesma rubrica referente ao exercício de 1962 foi de 900 milhões.

C aumento de dotação para 1963 foi portanto da ordem de 20%. Se os recursos que nos foram destinados para 1962 foram sabidamente insuficientes, que diremos da previsão para 1963?

Oc elementos a seguir foram extraidos das mensagens do govêrno, encaminhadas à Assembléia, salvos os referentes ao corrente ano.

I PLANO DE AÇÃO

								Leito-dia	Investimentos	TOTAL
							·	195,1	152,5	347,6
				9.0	93		204	287,0	78,8	365,8
				4	*	*		574,0	300,0	874,0
			٠		*	٠		900,0	697,0	1.597,0
a	i	s	×		398	**	-01	1.956,1	1.228,3	3.184,4
	•		 		* * * * *	* * * * * *		ais		

O segundo Plano de Ação, ainda não aprovado pela Assembléia, prevê a distribuição das seguintes verbas:

II PLANO DE AÇÃO

					97				Leito-dia	Investimentos	TOTAL
1963		15	20			*	40		1.090	800	1.890
1964			ç		12		73	4	1.450	1.500	2.950
1965			4			8	+	160	1.860	1.700	3.560
1966	٠	•	×	P	9	(4)	×	9	2.100	1.000	3.100
Tot	a	i	5		*	-		-	6.500	5.000	11.500

Foi previsto um acréscimo de 15.000 leitos nos hospitais filantrópicos e novas organizações, além de 30.000 leitos para doentes mentais.

As importâncias do quadro apresentado não foram inflacionadas. Os dados apresentados são bastante significativos.

A previsão para 1963 não seria suficiente para atender as necessidades de hoje, muito menos para daqui a 4 anos.

Nossos hospitais funcionam mal.

A taxa média de permanência de doentes nos 20 maiores e mais bem organizados varia de 25 a 30 dias.

11 — Os técnicos americanos e brasileiros, que participaram da comissão de Saúde da Aliança para o Progresso, enxergaram melhor o problema e viram que, no Brasil, não se deviam construir novos hospitais, antes de fazermos funcionar, convenientemente, os existentes.

A situação de São Paulo, bem melhor do que o resto do país, neste particular, não é muito diferente.

Para que construirmos novos hospitais se ainda existem milhares de leitos inaproveitados ou mal utilizados; se 20 a 30% dos leitos dos nossos hospitais gerais ainda são ocupados por doentes crônicos, transformando-os em asilos?

Problemas fundamentais ainda não foram resolvidos.

Já não tínhamos enfermeiras diplomadas em quantidade suficiente e a nova legislação sôbre o ensino de enfermagem veio reduzir, ainda mais, o seu número.

Não temos técnicos em Raios X, laboratórios, dietistas, assistentes sociais.

O que pretende o Estado?

Aumentar os depósitos de doentes e continuar estimulando a construção de obras suntuárias sem condições financeiras e técnicas de subsistência?

Nossos hospitais são construídos e pelos figurinos que nos chagam dos países ricos, e custeados por dotações e recursos inferiores e abaixo dos níveis dos países pobres.

As Misericórdias de Portugal, em um ano, tiveram a sua disposição dotações superiores à soma dos recursos aplicados pelo Plano de Ação, a título de auxílio, em 4 anos (Note-se que calculamos o escudo a 6,00 cruzeiros, quando hoje estava sendo negociado a 18,00 cruzeiros).

A comparação torna-se muito necessória.

12 — Já nos manifestamos a propósito da completa ausência do Govêrno Federal no setor da assistência hospitalar em São Paulo. Convém reexaminar alguns dados:

- Um por cento dos leitos existentes no Estado é mantido pelo poder central:
- As Santas Casas de São Paulo e do Brasil sofrem um processo de expoliação sistemática pela União, que arrecada dos contribuintes a taxa adicional de 10% sôbre bebidas, destinada a constituir o Fundo da Assistência Hospitalar, e não paga às Santas Casas as subvenções correspondentes.

De 1949 a 1951 a Taxa de 10% rendeu para o

Fundo	142.763.203,00
Houve uma distribuição de auxílio superior à ar	recadação.
De 1952 a 1962 a taxa rendeu 2.	
	742.470.677,20
esbulhando as Santas Casas em 1.	363.526.284.80

O S.S.R.; L.B.A.; SAMDU e outros órgãos da Previdência Social têm em São Paulo as suas maiores fontes de arrecadação.

A legislação Federal é excelente, mas não é cumprida.

A. Lei n.º 2.312, de 3/9/1954, em seu artigo 1.º, consagra o princípio de que: — "E' dever do Estado, bem como da família, defender a Saúde do indivíduo".

O Decreto n.º 49.974-A, de 21/1/1961, em seu § 2.º do artigo 2.º, dispõe: — "O Estado deve prestar assistência mádica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la".

Medidas práticas, até hoje, não foram tomadas, objetivando os recursos suficientes para assegurar o funcionamento da rêde de hospitais do Brasil.

Se o Fundo de Assistência Hospitalar for pago, êste ano, as Santas Casas receberão em média; 10 CRUZEIROS POR LEITO-DIA. Demonstramos que o Estado não cumpre a sua própria Constituição; que a Lei, regulando os auxílios e obrigando-o a cobrir os deficits apurados no custeio dos leitos gratuitos, não é levada a sério e que a constituição estatal é insuficiente, para manutenção dos hospitais filantrópicos.

Tudo isso é verdadeiro e não admite contestação.

Mas, também é verdade que, nos últimos 8 anos, os govêrnos estaduais impediram o desaparecimento das Santas Casas, regularizando o pagamento, embora modesto e insuficiente, das subvenções, que antes só eram prestados depois de muita luta e enorme atrazo.

Andamos e percorremos metade do caminho. Moralizou-se a indústria das subvenções.

Resta agora encetarmos uma política realista que propicie recursos e meios ao Conselho de Assistência Hospitalar para que êle possa cumprir sua importantissima tarefa.

Sóbre a posição do Estado no setor da assistência hospitalar poder'amos afirmar que não tem sido negligente.

E' parcimonioso!

13 - E os Govêrnos Municipais?

Ésses são grandes omissos.

Raríssimas as exceções.

Ouase sempre a política local pretende transformar os hospitais filantrópicos em asilos e órgãos de assistência social a serviço de interêsse eleiçoeiros.

Sofrem as Santas Casas do Interior a pressão contínua das autoridades, quando pretendem resolver os desajustes sociais do município, por via da internação da pessoa necessitada de amparo, mas que não precisa de hospitalização.

Desemprêgo, desajustes familiares, e velhice, orfandade, falta de confôrto nas cadeias, crônicos e agônicos, doentes que podem ser tratados nos ambulatórios, têm sido o motivo dos atritos frequentes entre Prefeitos, Vereadores, delegados de polícia e até juizes de direito, e as misericórdias.

Os incidentes são sempre pretestos e motivos alegados para que as Prefeituras não auxiliem o funcionamento dos seus respectivos hospitais filantrópicos.

Há necessidade de uma reforma da Lei Orgânica dos Municípios, a fim de que se definam as responsabilidades financeiras dos mesmos, obrigando-os a participar do custeio da assistência médica e hospitalar da comunidade.

14 — Procuramos, embora pálidamente, dar uma idéia dos problemas sérios que precisam ser resolvidos, sem demora, a fim de salvarmos nossa magnífica rêde de hospitais, ameaçada de colapso. Abordamos problemas que se relacionem com a manutenção dos hospitais.

Problemas econômicos e financeiros.

Os assuntos técnicos têm sido muito ventilados.

Trabalhos sôbre a cozinha do hospital, a lavandaria do hospital e muitos outros são discutidos, em todos os congressos, todos os dias, e o que se gastou, publicando e debatendo filigramas, daria talvez para pagar as dívidas de tôdas as Santas Casas, que precisam de orientação técnica, mas que não se aproveitam delas sem os recursos financeiros mínimos para se manterem.

Em todos os setores da vida nacional isto ocorre,

Nobreza, clero e povo defendem a reforma agrária. Dar terras ao homem do campo. Ninguém se levantou ainda para dirigir um movimento nacional que objetive preservar-lhe a saúde. Os trabalhadores agrícolas vão receber terras mas continuarão indigentes. Não acreditamos possam ser resolvidos os problemas técnicos, tais como: melhoria das condições de atendimento, melhor aproveitamento dos leitos e de remuneração justa dos médicos, sem acharmos a fórmula, que traga e garanta a estabilidade financeira às organizações.

Procuremos fontes seguras de receita estável de recursos canalizados regularmente para os hospitais, sem injunções políticas ou de outra ordem.

O ideal seria a obtenção de meios em várias fontes.

Govêrno Federal, do Estado, dos Municípios, receitas próprias, Loteria das Misericórdias, Aliança para o Progresso, cada qual com a sua maior ou menor parcela.

15 — Precisamos enfrentar com realismo o problema da Loteria das Misericórdias.

Não é mais possível procrastinar.

Em 1960, a Federação das Misericórdias dirigiu ao Governador Carvalho Pinto um memorial, pedindo apôio para a reforma constitucional que autoriza a medida.

O Govêrno foi alertado da crise que se avizinhava.

Tudo o que fôra previsto está acontecendo.

Os cólculos feitos, na época, demonstravam a sangria que o Estado sofria com as loterias de outras procedências.

Uma autoridade do Govêrno Central em entrevista à imprensa, há poucos dias, demonstrou o que já sabíamos de sobra, que, em 1963, a venda de bilhetes da Loteria Federal, só em São Paulo, propiciará um lucro líquido de mais de 7 bilhões de cruzeiros, que, fatalmente, serão aplicados fora do Estado, onde, é preciso não esquecer, o Govêrno Federal não participa das despesas com a assistência do homem doente.

A previsão é a seguinte:

LUCRO DA LOTERIA FEDERAL EM SÃO PAULO EM 1963

Previdência social				121		÷		0,8	bilhõe
Impôsto sôbre a	re	nd	a					2,4	"
Caixa Econômica								3,0	"
Fundo Especial .								1,2	"
+									
Total	·	·	20		36		 85	7.4	.,

Vale a pena, mais uma vez, comparar:

16 — Propomos que êste Congresso reconheça a necessidade de se:

- a) estudar um plano financeiro de emergência, a ser posto em prótica imediatamente, para salvar as instituições ameaçadas de colapso;
- b) compelir o Estado a cumprir a lei n.º 1.982 de 19/12/52;
- c) restringir a construção de novos hospitais sem que estejam assegurados os recursos para o funcionamento dos existentes.
- d) apressar tramitação da Lei Orgânica da Assistência Hospitalar, em estudos nas comissões técnicas da Câmara Federal.
- e) reformar a Lei Orgânica dos Municípios para definir a responsabilidade dos mesmos no setor da assistência médico hospitalar;
- f) manifestar o ponto de vista dos médicos e dirigentes das Santas Casas sôbre a Loteria das Misericórdias; e
- g) atuar efetivamente junto às autoridades americanas da Aliança para o Progresso, no sentido de encaminhar a solução dos problemas hospitalares no país, por intermédio das suas Santas Casas.

Se conquistarmos o que propomos, consideramos vitoriosas as nossas lutas, compensados os nossos esforços, benditos os nossos desenganos e desilusões, resgatadas as iniquidades que desaparecerão completamente, pois atingiremos o maior dos nossos anseios: não humilhar quem recebe, não aviltando quem oferece, criando condições justas, altas e nobres, firmes e seguras para que o bem seja bem de fato, porque finalmente:

"DEUS DA BENS A QUEM BENS DA".

NOVIDADES



TELEFONE AUTOMÁTICO: Ansa Fone responde automáticamente a chamados, transmite as mensagens desejadas; recebe e grava recados e ordens.

ANSA FONE CORPORATION — 10912 LA Cienega Blvd., Inglewood, California, U.S.A.

SCHUELER & COMPANY — 250 West 18th Street, New York 11, N.Y.

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: o novo Tab Band é simples, barato, de rápida aplicação. Permite identificação segura da mãe e do recém-nascido; aceita impressão digital, qualquer tipo de caneta, máquina de escrever ou endereçador. E' à prova de água, alcool, sujeira, rasura ou alteração.

POSITIVE IDENTIFICACION COMPANY — 708 East Garfield, Phoenix 6, Arizona, U.S.A.

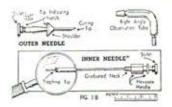
SCHUELER & CO. - 250 West 18th Street, N.Y. 11,





ESTUFA: nova modêlo de ventilação forçada, atravé; de paredes laterais perfuradas. Ventilador e motor elétrico, com lubrificação permanente. Cordão com terceiro fio "terra". Isolação com 5 cm de lã de vidro. Trinco isolado, acionado por botão de pressão. Vedação efetiva, da porta com gachete de borracha silconizado. Termostato sensivel. Paredes externas de aço esmaltado; internas, de aço laqueado ou alumínio. — CENCO - CENTRAL SCIENTIFIC COMPANY 1700 W. Irving PK. RD. Chicago 13, 111. U.S.A.

TRANSFUSÃO E BIOPSIA: nas transfusões intra-ve-TRANSFUSÃO E BIOPSIA: nas transfusões intra-venoons, impossíveis ou impraticáveis, êste nova instrumento enseja, como alternativa, a transfusão óssea.
A têcnica é idêntica à usada em biópsia, com a diferença de, nestas, os instrumentos serem mais compridos, e reforçados. Trephine permite biópsias,
quando intervenções cirúrgicas são impraticáveis.
TREPHINE INSTRUMENTS, INC. —
1302 Industrial Building, Detroit 26, Michigan, U.S.A.

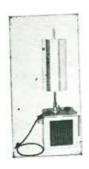




BRAÇO MECÂNICO: "Lab-Arm" é um equipamento de laboratória, robusto e resistente. Permite manter oparelhos em posições desejadas. Suporta, com segurança, pêsos acima de 20 Kg., com braço extendido a 45º. Para cargas maiores, dispõe de fixador de borda de mesa. HENRY TROEMNER INC.
22nd Master Streets, Philadelphia 21, PA - U.S.A. SCHUELER & COMPANY 250 West 18th St., New York 11, N.Y. — U.S.A.

BANDAGEM: Dala Universal Wristlet destina-se ao suporte do punho e da articulação do polegar, frequentemente sujeitos a trauma, bem como da mão inteira e do pé. Preventivamente, é largamente utilizado par atletas, em jogos de tenis, bola ao cesto, boliche, golf, volibol, etc. SCHUELER & COMPANY 250 West 18th Street, New York 11, N.Y. - U.S.A.





REGISTRADOR DE GRÁFICOS: O Monodrum Kymograph destina-se ao registro de gráficos, que requerem precisão. Utilisa motor de variadas velocidades. O registro pode ser feito em papel estumaçado; eletro-sensível, a séco; ou utilizando tinto. Permite 22 velocidades, de 29 rpm a 2,18 revoluções por dia. SCHUELER & COMPANY — 250 West 18th St., New York 11, N.Y. — U.S.A. BALANÇA ANALITICA: modêlo S-100 de extrema precisão, possibilita a determinação de gravidade específica de líquidos e sólidas, da ordem de 0,0001 e pesagens de 10 mg a 20 gramas. A mesma balança e convercível para pesagens analíticas, de grande sensibilidade. SCHUELER & COMPANY — 250 West 18th St., New York 11, N.Y. — U.S.A.





BANDAGEM: leve, fácilmente ajustável, de 1e.10ção rápida para curativos; não irrita e não assa; enseja suporte seguro, sem cíctar o confórto e os movimentos do paciente hospitalizado. Pode ser usado sob "maillot" ou calção de banho. E lavável, mesmo após lavagens repet.das em lavandarias hospitalares, não perde a sua elasticidade e fórma. Uso recomendado para todos os tipos de cirurgia abdominal, cesáreas, cirurgia de torax, de coluna; suporte do dorso, imobilização de braço e ombro, pós-parto, etc.

BAKA - Manufacturing Company, Inc.— Sharon, Massachusetts, U.S.A.

BAKA - Manufacturing Company, Inc. — Sharon, Massachusetts, U.S.A.

PROBLEMA DA PREVIDÊNCIA MÉDICA

DR. ALDO CONRADO BRUNO DE FINIS

É sobejamente conhecido que a previdência médica, como é executada atualmente, não satisfaz ao associado, seja pela perda de tempo em longas filas, satisfazendo às exigências burocráticas, seja pelo fato de serem atendidos por profissionais desconhecidos, impostos pelas autarquias, e que acarreta os atrítos e desentendimentos frequentes, os protestos e queixas que a imprensa costuma notificar.

A execução atual não satisfaz, também, ao médico, que é forçado a atender, nos ambulatórios, a um número excessivo de doentes, em prazo curto, e que condiciona uma terapêutica sintomótica, uma requisição excessiva de exames complementares, que levam o associado a novas filas de espera, redundando em trabalho disperso, improdutivo, que desanima o profissional bem intencionado.

O mesmo se verifica na assistência hospitalar, e, no longo tempo que temos chefiado a assistência hospitalar do IAPI em São Paulo, nos temos deparado com situações difíceis, pelo número escasso de leitos para as diversas especialidades em relação ao avultado do operariado de nossa Capital, o que condiciona novas filas à expectativa de vaga. A incrementar essas filas, e em defesa da instituição, nos temos deparado com um excessivo número de associados, que exigem intervenções simples, como apêndicectomias e amigdaletomias indicadas como necessárias pelo médico particular, que temos que aceitar, por não conseguirmos dissuadir o associado, que não aceita o ponto de vista do médico da instituição, "que não se interessa pelo trabalhador, que se recusa a trabalhar como bom funcionário" e como prova do que asseveramos o Prof. W. E. Maffei verificou que, no período de 1952 a 1955, foram feitas, na Santa Casa, 4.625 apêndicectomias com 3.193 apêndices normais histopatològicamente ou seja

A perturbar ainda mais o serviço, temos a centralização administrativa, que acarreta demoras nas reformas e reparações, na aquisição de aparelhos, e, finalmente, a tendência instintiva ao exagêro e a supervalorisação das queixas subjetivas, visando manter os benefícios do auxílio-doença e das pensões, além daqueles que solicitam exames de laboratório ou radiografias do corpo inteiro, a que julgam ter direito, para resolver a suspeita da moléstia que acreditam ou temem apresentar. É necessário restabelecer o élo "médico-doente", que a tradição firmou em nossa profissão, e que o sistema vigente destruiu, porque as autarquias se comportam como intermediários, e querem igualar a assistência médica à produção fabril, determinando produções horárias ou mensais, de limites estipulados, não levando em conta os fatores psicológicos e afetivos inerentes à profissão. Os médicos, consciente ou inconscientemente, foram se habituando com a intromissão de terceiros, no exercício de sua profissão, sem perceberem que tal fato destruia as condições precipuas do ato fundamental e mais corrente do exercício da Medicina à consulta médica, já que a intromissão de terceiros tem como consequência sôbre o doente, em fazer desaparecer a confiança e a fé depositadas no profissional livremente escolhido.

Felizmente, a consciência médica está saindo de sua apatia e o demonstram os movimentos da classe pelas suas mais categorisadas entidades de classe: a Associação Paulista de Medicina e a Associação Médica Brasileíra, na defesa dos conceitos do exercício da Medicina.

A situação atual do mundo, com suas ideologias antagênicas, repercute em tôdas as eventualidades do sêr humano, e, portanto, ou mantemos o conceito impessoal do exercício da Medicina, não nos deixando influenciar pelas nossas concepções pessoais de homem e do mundo, no contato com o doente, ou nos deixamos arrastar e influenciar por êsses problemas, no exercício de nossas funções, destruindo nossas crenças e critários, integrando-nos nesses movimentos destruidores da personalidade, já que a Medicina é atingida hoje em dia na humanidade do médico, como muito bem analisou François Mauriac, que diz que isto é grave, a tendência atual é a desumanisação do médico, apesar de existirem ainda muitos profissionais que, no exercício de sua missão, têm inconscientemente, vidas que desejariam muitos religiosos na sua dedicação e no seu altruísmo.

É evidente a todos nós, apesar do grande progresso técnico científico da nossa geração, apesar do adiantamento conseguido na física, química, etc., apesar da possibilidade atual da conquista de novos mundos do espaço sideral, pouco progredimos no sentido de nossos sentimentos e afetos, permanecendo imutóveis os anseios e aspirações humanas, que são os mesmos de nossos ancestrais de muitos séculos, continuando nas mesmas condições ou

talvez pior, mais oprimidos e amedrontados, pelo fato do enorme aumento das forças destrutivas postas à disposição do sêr humano pela técnica moderna.

O Prof. Flamínio Fávero salienta que os princípios tradicionais da ÉTICA MÉDICA, fixados pelo tempo são: segrêdo profissional, livre escolha do médico pelo doente, liberdade das prescrições médicas, contrôle do médico pelo médico, e entendimento direto do médico e do doente, com referência a honorários. Éstes mesmos princípios são, também, prepugnados e defendidos pela Associação Médica Mundial, que é ainda contra a dependência do médico ao Estado e contra salário fixo, no exercício da medicina.

Pio XII, denominado Papa dos médicos, pela sua dedicação aos problemas da Medicina, afirma porque as normas morais, a que o médico obedece, ultrapassam de muito as prescrições de um código de honra da profissão, já que se elevam para a categoria de uma atitude pessoal para com Deus Vivo. Daí procede a mais alta dignidade e nobreza de ação do médico, e, também, o caráter sagrado, por assim dizer, que envolve a sua pessoa e intervenções.

A Associação Paulista de Medicina publicou, em Maio de 1962, o regulamento do regime da livre escolha e tabela de honorários por unidade de serviço, dando as normas diretoras do movimento da classe, com apôio da maioria das federadas da Associação Médica Brasileira, como verificamos pessoalmente no congresso realizado em Santos, no mês passado.

A livre escolha deve ser defendida por todos nós, é a condição fundamental da profissão, condição indispensável à confiança e fé depositadas pelo doente e fator necessário da cura. Conscientes somos de que existem pessoas que se deixam influenciar por terceiros, mas, assim como desperta a consciência do trabalhador para os movimentos políticos, irá, também, surgindo sua capacidade neste problema, e nós não estamos trabalhando para o presente e sim para o futuro, já que a livre escolha manterá o estímulo para o progresso científico do profissional e para o melhor aparelhamento e eficiência de nossos hospitais.

O Dr. Oswaldo Paulino, chefe da divisão médica da Refinaria Presidente Bernardes, com a organização que fez em Santos, provou de maneira insofismável, que a livre escolha do médico, inaugurada por aquela instituição, é possível e é mais econômica, satisfazendo aos médicos e aos associados o funcionamento muito melhor para ambos.

Demonstrou ainda o mesmo autor, que o emprêgo único, entre os itens considerados necessários pelo mesmo regulamento, é factível e cita o caso de Santos onde existem 900 emprêgos para 300 médicos.

O emprêgo único é o meio de elevar o conceito aviltado de nossa profissão e é o meio de poder manter o aprimoramento técnico exigido pelo código de Ética, sendo, portanto, uma necessidade ética como salienta o Prof. Fóvero, e como afirmou, também. Pio XII de um dever moral em sentido estrito, de um vínculo que obriga em consciência diante de Deus, por que referente a uma atividade que toca de perto aos bens essenciais do individuo e da comunidade.

Num período de transição, deve-se manter a possibilidade prevista na "Lei Orgônica da Previdência Social" que permite às instituições manter serviços próprios de ambulatório, hospital e sanatório, que forem essenciais para os segurados, que não quiserem valer-se de serviço de livre escolha, de que tratam os artigos 47 e 48, ou para os casos em que essa forma não for possívelou aconselhável adotar-se". Nas Metrópoles, onde o número de associados é grande, é menos oneroso para as autarquias manter a própria equipe de profissionais, permanecendo o regime de livre escolha, em caráter opcional, seguindo as normas estabelecidas no regulamento geral da Previdência Social, que estabelece, no artigo 121-III, "o beneficiório que utilizar dos serviços médicos no regime de livre escolha, participará do custeio de cada serviço que lhe for prestado, na proporção da remuneração ou do provento efetivamente auferido, segundo a fórmula: remuneração ou provento - x 10% até o limite máximo de 50%

salário mínimo

arredondadas as percentagens de participzção para o múltiplo de 5 mais próximo".

Para se prevenir a possibilidade de intervenções operatórias forçadas desnecessòriamente,, deve-se tornar obrigatório o exame histopatológico do material extirpado cirùrgicamente, que permitiró, com o tempo, reconhecer os profissionais inescrupulosos, assim como os hospitais que facilitam tal eventualidade.

Para aplicação do plano de assistência a todo o Brasil, é ainda necessário que todo profissional, de boa ética e competência, possa exercer sua profissão em qualquer hospital da cidade em que exerce sua profissão, para que possa tratar ao segurado que o escolher para tal mistér. Com êste programa, poder-se-ia dur assistência a todos os segurados em todo o país, desde que as condições financeiras assim o permitam, sem a existência privilegiadas e pouco numerosas, como se verifica atualmente, evitando-se assim as migrações de trabalhadores de um lugar para outro, a fim de auferir as vantagens que a legislação lhe confere. Finalmente, o pagamento por tarefa, estabelecido pela associação, impede a exploração do médico pelas entidades assistenciais, mantém o estímulo ao exercício da nobre profissão que escolhemos, impedindo a despersonalização do médico que a socialização produz, impedindo, também, que o médico se molde a um comodismo pernicioso, na rotina do regime assalariado.

Não podemos deixar de citar J. R. Debray, que, ao analisar os resultados da pesquisa feita pela revista "Medicine de France", afirma que o doente encontrará verdadeiros médicos, se lembrarmos o conselho que Aristóteles dava a seus discipulos como ideal mais elevado, a prender a ser um homem e que apoia o conceito de Fontaine Vicent, que o médico é o depositório de segredos insondóveis que lhe confiam seus doentes, testemunhando a miséria da condição humana, sendo no que se refere ao doente, o intercessor benevolente, com sabedoria feita de compreensão e aceitação do absurdo do destino, que o impregna duma aureo!a de exorcista ou de mógico preparador à morte.

PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

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

Solicito a livro "Pl a																	4					1	*	+	(×	е	m	p	la	ire	es		d	0
Nome	4.4	 ્ર			÷	÷	÷			23			÷		٠		*)	->	×	×	ė	4	+					*	٠	+	+	+	٠		ĸ
Endereço				7 3			40	i.	¥.		13	8	9	*	+	+		83			+	4	Ų.		1	1.	0			+	3	+	٠	٠	ě
Cidade			. ,	4		10		Ö			+	٠		4		()	0		1	Es	ta	36	lo		+	+							4	Ť	3

A importância de Cr\$ 4.000,00 por exemplar, (Cr\$ 3.500,00 para sócios do I.P.H.), segue por: cheque \(\triangle \), pagável em São Paulo, reembolso postal \(\triangle \), vale postal, \(\triangle \), em nome do IPH \(--- \) INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES - R. Xavier de Toledo, 210 - 6.º - 36-3889 - SP

PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

DR. FAUSTO SPINA

Presidente do Sindicato dos Laboratórios de Produtos Farmacêuticos

A indústria farmacêutica sente-se honrada e prestigiada, pela felicissima oportunidade de poder participar e cooperar, nêste magnífico I Congresso dos Hospitais Filantrépicos do Estado de São Paulo. Jamais fomos indiferentes a qualquer iniciativa da classe irmã, e, num momento em que os problemas de assistência médicohospitalar são equacionados junto ao aspecto sócio-econômico-industrial, aqui nos confraternizamos, dando-lhes e prometendo-lhes o melhor de nossos esforços, no possível benefício do médico, da saúde pública e da administração econômica-hospitalar.

Néste primeiro encontro, ressalta-se a manifesta identidade dos homens de nossa indústria, visando um horizonte mais amplo, onde o atendimento clínico e cirúrgico dos menos favorecidos seja feito dentro de um equacionamento, sem as grandes falhas atuais e com o beneficio do sacrificado profissional.

Nossa indústria já a conhecem, através de nós meimos e de nossos representantes.

Jamais tivemos amparos oficiais ou privilégios. Somos perseguidos por tabelamento unilaterais e incompreensíveis. Ou acompanhamos a evolução científica mundial e nos atualizamos, ou perecemos com nossa inanição ou impossibilidade.

Indústria nobre, de rígida técnica e enormes responsabilidades, assegura uma produção de 99% de medicamentos licenciados no Brasil, permitindo uma economia, na importação de medicamentos, de mais de 200.000.000 de dolares, anualmente. Mais de 40 indústrias subsidiórias nos fornecem e pagam mais de 5 bilhões de cruzeiros, anuais, em contribuições fiscais e ainda somos os distribuidores de 20.000 farmácias e 3.400 hospitais e autarquias.

O preço de nossos medicamentos é cêrca de três vêzes e meia mais barato do que nos Estados Unidos, e duas a três vêzes mais barato que em muitos países europeus.

Nossa produção de medicamentos, para hospitais filantrópicos, estó assegurada, dentro das características atuais de nossa industrialização.

Nossas modernas maquinarias, em tôdas as secções farmacotécnicas, caracteriza-se pela segurança higiênica, pela produção seriada, permitindo, portanto, um atendimento econômico e rápido dos nossos mais variados produtos, nas mais variadas embalagens e cubagens ou pêso, desde as drágeas, comprimidos, cópsulas gelatinosas, injetáveis, pipetas plásticas ou não, liofilizados, etc. Podemos, mecânicamente, em larga produção, apresentar pós, em vidros ou sacos plásticos, ou envelopes, nos mais variados pêsos.

Assim, é que surgiram as chamadas embalagens hospitalares, isto é, caixas com 25, 50, 100 e ,mesmo, 250 ampolas; unidades, contendo sòmente vidros, rótulos e tampas, dispensando outra embalagem; vidros, com 100, 250, 500 e 1.000 comprimidos ou drágeas, etc.; produtos líquidos, em litros e em galões; tudo isto, refletindo-se numa diferença, que tem variado de 15 a 30% sôbre o preço de venda.

Pelas nossas estatísticas, dos 45 bilhões produzidos, em 1961, os laboratórios devem ter faturado cêrca de 5 bilhões de cruzeiros, entre autarquias e hospitais, principalmente em embalagens hospitalares, representando uma contribuição mínima, de 30% de redução sóbre os nossos preços. Logo, a parte industrial referente à produção para os hospitais está assegurada pelo próprio interêsse, das empresas, em competir, entre sí, pela obtenção do mercado.

Cumpre-nos salientar, outrossim, que muitas empresas praticam descontos, ou bonificações, maiores, considerando que, mesmo não havendo senão reduzido lucro, auferem vantagens indiretas, pela propaganda institucional de suas firmas.

Concedemos descontos especiais, principalmente naquelas especialidades farmacêuticas, que as instituições filantrópicas, masmo com ótimas farmácias e bons técnicos, não podem produzir. Elas constituem cêrca de 40% de consumo geral de medicamentos do hospital, e são; antibióticos injetáveis, enzimas e outros liofilizados, opoterópicos, e a maioria dos produtos, patenteados ou não.

A outra valiosa cooperação ,de nossa indústria, relaciona-se aos prazos de nosso faturamento, que, quasi sempre, são dilatados, conferme as necessidades financeiras, características de cada instituição, pois compreendemos o grande alcance de nossa divulgação institucional, junto ao elevado número de estudantes e médicos, que militam nêsses hospitais. Pretendemos, após o término desta produtiva e magnífica convenção, deduzir se existe algum aspecto novo, para nós, e que poderó suscitar o estudo e a possibilidade do atendimento das novas necessidades hospitalares, assegurando-lhes a nossa maior bóa vontade para o entrosamento, cada vez mais perfeito, entre nossas organizações e as abnegadas e humanitórias instituições filantrópicas, que contribuem, decisivamente, para o atendimento da saúde pública.

O ilustre relator, Dr. Nestor de Oliveira, com muita oportunidade, encarou em sua brilhante esplanação que, em termos elevados, condignos de Indústria, Assistência Social e Economia, coloquemos a saúde do povo no seu primeiro e justo lugar.

Expõe seu humano ponto de vista que o lucro, na indústria farmacêutica, deve existir, no máximo, de 20%. Podemos assegurar, aos distintos convencionais, que, conforme análise de balanços feitos, por grupos de economistas particulares, em 1960, o lucro foi bastante inferior áquela média e, não existindo, no país, financiamentos a longo prazo, ésses lucros são, sempre, reinvertidos, nas próprias empresas. Em termos elevados, situa-se ao vosso lado, nessa magnifica e altruística finalidade, a indústria farmacéutica. Tendo atingido o mais perfeito e harmónico conjunto, entre pesquiza, atualização terapêutica e divulgação científica, sentimo-nos confortados, quando as estatísticas colocam a indústria farmacêutica brasileira, no 6.º lugar, do mundo ocidental. Constatamos que o médico, desde o seu curso e depois, dentro de sua profissão, não ignora nossa soberba industrialização, permitindo que lhe levemos tôda a mais moderna medicação terapêutica, sob o mais amplo aspecto cultural, científico e social. As nossas equipes científicas e farmacotécnicas dão, ao nosso povo, a possibilidade de uma existência mais longa e a diminuição, ou o desaparecimento, de conhecidas afecções e endemias.

Contribui a indústria farmacêutica, para os cofres públicos, com uma média de 17 a 18%, sôbre seus preços de venda e, levando-se em consideração ser essa a média de tôdas as emprêsas industriais do país, é pezaroso constatar que, infelizmente, a assistência médica governamental, quer pelos institutos, quer pelas autarquias ou ministérios, não preenche o objetivo da melhoria sanitória do país, do doente, e muito menos na prevenção das endemias rurais e coletivas.

Impossibilitados, econômicamente, de arcarem com essa responsabilidade, os laboratórios farmacêuticos, e os hospitais filantrópicos, deveriam receber, não só financiamento da União e do Estado, a longo prazo, para aquisição de matéria prima e a modernização da maquinaria e das instalações, como, também, a isenção de tributos federais, estaduais e municipais. Referimo-nos aos impostos de vendas e consignações e de consumo.

Sabemos que a Federação das Santas Casas de Misericórdia procura conseguir, junto aos Poderes Públicos, os meios necessários à sua subsistência, a fim de amparar e melhorar o atendimento médico hospitalar dos necessitados.

Diante do aspecto inflacionário, não nos cabe, absolutamente, culpa da impossibilidade aquisitiva de grande parte de nosso povo. Não podemos, porém, deixar de encarar, com objetividade, o angustiante problema, que é uma das causas do descontentamento social generalizado, em nosso país.

Levando-se em consideração que, na Itália e na França, se eliminou a imprevidência e a impossibilidade do povo, em relação ao hospital e ao medicamento, seria oportuno procurar estudar, e enquadrar sob nossos moldes, o discutido seguro-doença. Estariam mais bem amparadas as três categorias: doente, hospital e laboratório.

A indústria farmacêutica, caso obtivesse recursos, a longo prazo e com a finalidade única de adquirir matéria prima, material de embalagem e maquinaria, — teria o custo final de seu medicamento, diminuido. Outrossim, diminuiriam seus encargos financeiros, e, eliminadas as taxas e impostos poderiam, a nosso ver, além das bonificações usuais, praticar mais descontos, de acôrdo com a natureza do produto.

Foi imensa, incalculóvel, a contribuição de nossa indústria, permitindo que o médico possuisse, ao seu alcance, para melhoria da saúde pública, tôda uma produção economica, a preços accessíveis, se calcularmos o tempo de cura, entre a qualidade de medicamentos, antiga e artezanal, e a perfeita industrialização hodierna. Erram os que acham que o remédio encarece, pela produção e pela distribuição de amostras. No primeiro caso, a produção é em séria, econômica e produzida para preenchimento do horário-produção e, no segundo, devemos considerar o grande objetivo social das mesmas. Tanto a indústria farmacêutica, como a abnegada profissão medica devem ser consideradas no mais elevado padrão de ética e de respeito, estando ligado, a estas duas nobres atividades, o destino da melhoria da mais sagrada das exigências humanas, isto é: uma existência melhor.

As Santas Casas, controladas em seus orçamentos pelas p:óprias Federações de Misericórdia, recebendo subsídios para sua manutenção, teriam de melhorar o padrão da assistência médico-cirúgica, aparelhar-se para a medicina preventiva das gestantes assalariadas, e de outros aspectos clínicos, uma vez que, também, dos laboratórios receberiam menores preços para seus remédios, eliminadas as taxas referidas.

Outro problema, chamado pelo ilustre relator de anti-econômico, é o Depósito de Drogas, no Hospital Beneficente, que, na sua esclarecida opinião, deve ser riscado, definitivamente, de qualquer co-gitação.

Sugere a criação das cooperativas farmacêuticas, para que, dentro da zona, pudessem atender a todos os Hospitais Beneficentes. A nosso ver, não seria, talvez, o ideal, porque teríamos um Depósito de Drogas, em escala ainda maior, com tôdas as despesas decorrentes, isto é, funcionários de categoria, para postos de chefia, aluquéis, novos impostos, expedição, etc.

Julgamos que se poderia pensar no fornecimento dos medicamentos, através de uma farmácia, em condições de fazer preços economicos, de acôrdo com o laboratório farmacêutico, estudadas as possíveis embalagens, econômicas ou hospitalares,
como, também, determinadas peculiaridades de um assunto,
cuja finalidade seria a econômia para o Hospital Beneficente,
e não vantagens decorrentes para o próprietório da farmácia.

Prezados senhores médicos e provedores dos Hospitais Beneficientes, a indústria farmacêutica aqui está para afirmar-lhes que, como sempre, procurará, por seu lado, as melhores soluções para o atendimento da saúde pública, em primeiro lugar, procurando colocar, em melhor nivel social, a pungente situação em que se encontra a maioria do nosso povo, no aspecto beneficente: ontem, as Santas Casas, em apêlos dramáticos; hoje, o Hospital do Câncer; há poucos dias, a Cruzada Pró-Infância e outras Instituições, que, como nós, sentem a indiferença e o abandono, por parte dos responsáveis por êsses setores.

Nossas sinceras homenagens aos provedores e à Associação Médica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na pessoa de seu diretor clínico, Dr. Paulo Godoy, e à Comissão, que elaborou e conseguiu a efetivação dêsse programa maravilhoso, humano e dinâmico, realçando as figuras do Prof. Carlos Gama, Dr. Nestor de Oliveira, Dr. Aldo Definis, Dr. Edgard Maffei e Dr. Emilio Athie.

Você, médico do Hospital Filantrópico, que, em geral, leva a vida atribulada, tendo por escudo a resignação, e que nunca sabe se poderá assistir ao fim de uma festividade. Você, que, muitas vezes, na calada da noite, quando dorme a cidade, deixa o seu leito quente e tranquilo, e, num lugar distante, muitas vêzes sem confórto, irá se prostrar à cabeceira de um doente, que deposita em você a última esperança. Ao raiar da aurora, volta, cansado, mas não vencido. Sabe que o hospital necessita de você, reclama a sua presença, e, você, que faz da profissão o seu sacerdócio, lá estará, com seu avental branco, de leito em leito, trazendo o confórto moral e a esperança para aqueles, ricos ou pobres, que tanto necessitam de você.

E, à tarde? talvez, você tivesse conseguido um rápido repouso, depois do almôço, porém seu consultório o reclama, e você não pode desapontar os que o procuram.

Você é uma fonte inesgotável de energia, e, nós, da indústria, sempre o veneramos, porque, dentro de sua atividade, você ainda, com sorriso nos lóbios, ouve os nossos propagandistas e viajantes, que, diàriamente, o procuram, levando-lhes nossas mensagens e, ainda, atendendo, gentilmente, seus familiares!

Adorável escravo, você merece nosso respeito, você merece os agradecimentos do povo brasileiro, e que a reinvindicação, a que faz juz, parta do Estado e da União.

A. H. M. G.

BOLETIM NUMERO 8 -- ANO IV

DIRETORIA DA A.H.M.G.

Presidente Dr. José Maria Figueiró
1.º Vice-Presidente Dr. Paulo Antunes
2.º Vice-Presidente Dr. Alberto Andrés Júnior
3.º Vice-Presidente Dr. Joaquim de Pinho Tavares Neto
Secretário Geral Dr. Delcides de Oliveira Baumgratz
1.º Secretário Dr. Hélio Durões de Alkmim
2.º Secretário Dr. José Alcides Rennó Mendes
1.º Tesoureiro Dr. Célio Andrade
2.º Tesoureiro Dr. Antônio Avelino Pinheiro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Dr. Hélio Lopes Arq. Gilson de Paula Dr. Pedro Resende Enf. Abgail Torres

SUB-COMISSÃO

Dr. Paulo Pedro Lessa Baptista Enf. Nair Rodrigues da Cunha Ass, Social Oda Cardoso Lemos

COMISSÃO DE ÉTICA E DEFESA

Dr. Sylvio Miráglia Dr. Antônio Luciano Pereira Campos Dr. Euclides de Souza Motto Irmã Emília Clarizia

COMISSÃO DE CREDENCIAIS E ELEITORAL

Dr. Joaquim Afonso Moretzsohn Dr. Francisco Hugo Badaró Dr. José Greco Dr. José Schembri

IV JORNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES

Realizou-se em Belo Horizonte, no período de 25 a 28 de outubro, p. tindo, a IV JORNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES.

Os trabalhos tronscorreram de modo altamente satisfotório. Todos os expositores receberam numerosos apartes, fato que, às vezes, obrigou o prolongamento das reuniões, mas que, por outro lado, traduziram o interêsse despertodo.

Para discorrer sóbre os temas propostos, além dos elementos locais, convidou, a Associação dos Hospitais, ilustres colegos de fora, que aqui expuseram suas idéias de modo claro e objetivo, mantendo os participantes da Jornada em permanente expectativo.

A êsses colegas — professores Theophilo de Almeida, Humberto Ballarini, Geraldo Rosa e Silva, Jarbas Karman, Germano Galler, Henrique Bandeira de Mello e Morales Ribeiro, não faltaram as manifestações do auditório pela oportunidade dos assuntos que nos trouxeram, como não poderiamos deixar de reiterar nossos agradecimentos. Todos acolheram o convite da Associação e apesar das dificuldades não deixaram de nos prestigiar. Dos convidados, apenas o colega Geraldo Borba, de São Paulo, não pôde atender.

De Belo Horizonte foram expositores a Enf. Abgail Torres e os drs. Hélio Lopes, Gilson de Paula, José Maria Figueiró, Delcides Baumgratz, Romeu Ibrahim de Carvalho e Antônio Isidoro.

A sessão de instalação foi presidida pelo Dr. José Pinto Machado, DD. Secretário da Saúde e Assistência de Minas Gerais. Abrindo os trabalhos da Jornada, o ilustre colega usou da palavra, encarecendo a importância do certame na evolução hospitalar do Estado, sôbre a qual discorreu, analisando vários aspectos.

No final de sua exposiçõo, anunciou ter assinado Portoria na Secretorio de Saúde, instituindo uma Comissão para elaborar estudos, que possibilitem à Escola de Saúde Pública criar o Curso de Administração Hospitalar. A notícia trouxe grande satisfação a todos, motivando demorada salva de palmas.

A Jornada recebeu 94 (noventa e quatro) inscrições, notando-se o interêsse despertado pelos assuntos, face à média de freqüência às sessões, que foi da ordem de 75 (setenta e cinco) pessoas.

A sessão de encerramento deu-se no Hospital Felício Rocho, que ofereceu aos participantes um almoço, cujo cardópio — uma feljoada — foi do agrado de todos.

D.O.B.

IV JORNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES

Realizou-se em Belo Horizonte, no período de 25 a 28 de outubro, p. tindo, a IV JURNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES.

Os trabalhos transcorreram de modo altamente satisfotório. Todos os expositores receberam numerosos apartes, fato que, às vezes, obrigou o prolongamento das reuniões, mas que, por outro lado, traduziram o interêsse despertado.

Para discorrer sóbre os temas propostos, além dos elementos locais, convidou, a Associação dos Hospitais, ilustres colegas de fora, que aqui expuseram suas idéias de modo claro e objetivo, mantendo os participantes da Jornada em permanente expectativa.

A ésses colegas — professores Theophilo de Almeida, Humberto Ballarini, Geraldo Rosa e Silva, Jarbas Karman, Germano Galler, Henrique Bandeira de Mello e Morales Ribeiro, não faltaram as manifestações do auditório pela oportunidade dos assuntos que nos trouxeram, como não poderiamos deixar de reiterar nossos agradecimentos. Todos acolheram o convite da Associação e apesar das dificuldades não deixaram de nos prestigiar. Dos convidados, apenas o colega Geraldo Borba, de São Paulo, não pôde atender.

De Belo Horizonte foram expositores a Enf. Abgail Torres e os drs. Hélio Lopes, Gilson de Paula, José Maria Figueiró, Delcides Baumgratz, Romeu Ibrahim de Carvalho e António Isidoro.

A sessão de instalação foi presidida pelo Dr. José Pinto Machado, DD. Secretário da Saúde e Assistência de Minas Gerais. Abrindo os trobalhos da Jornoda, o ilustre colega usou da palavra, encarecendo a importância do certame na evolução hospitalor do Estado, sôbre a qual discorreu, analisando vários aspectos.

No final de sua exposição, anunciou ter assinado Portoria na Secretorio de Saúde, instituindo uma Comissão para elaborar estudos, que possibilitem à Escola de Saúde Pública criar o Curso de Administração Hospitalar. A notícia trouxe grande satisfação a todos, motivando demorada salva de palmas.

A Jornado recebeu 94 (novento e quatro) inscrições, notando-se o interêsse despertado pelos assuntos, face à média de freqüência às sessões, que foi da ordem de 75 (setenta e cinco) pessoas.

A sessão de encerramento deu-se no Hospital Felício Rocho, que ofereceu aos participantes um almoço, cujo cardópio — uma feijoada — foi do agrado de todos.

D.O.B.

IV JORNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES, REALIZADA EM BELO HORIZONTE, NO PERIODO DE 25 A 28 DE OUTUBRO DE 1962

1 - INDICAÇÃO:

considerando que o problema hospitalar brasileiro permanece sem ter um encaminhamento capaz de movimentar sua solução no País e no Estado:

considerando que é imperativo a reformulação dêsse problema em bases atuantes, face à paralização do progresso quantitativo e qualitativo de nossa rêde hospitalar;

INDICA-

Que a Associação dos Hospitais de Minas Gerais oficie ao Dr. José Pinto Machado, Secretário de Soúde e Assistência, para que solicite, do Senhor Governador do Estado, a criação de um grupo de trabalho destinado a fazer o levantamento de nossa situação hospitalar, estude e indique meios e normas capazes de propiciorem ao Govérno do Estado os caminhos a adotar no incremento da Rêde Hospitalar, Para-estatal e Particular, inclusive condições e fontes para financiamento à empresa particular de finalidade filantrópica ou não.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado Seguem assinaturas

2 --- RECOMENDAÇÃO

considerando a importância da formação do Centro Médico Assistencial de cada Município;

considerando que nenhum Hospital, Centro de Saúde, Posto de Higiene e de Puericultura deva ser localizado sem a devida aprovação da Secretaria de Saúde e Assistência;

considerando a importância da Unidade de Medicina Preventiva integrada no Hospital,

RECOMENDA:

À Associação dos Hospitais de Minas Gerois, que se dirijo ao Senhor Secretório de Saúde para aqueles considerandos e que estude a possibilidade de manter Unidade de Medicina Preventiva nos Hospitais.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

3 — PROPOSIÇÃO

considerando-se que os infortúnios do trobalho, tanto os acidentes "com perda de tempo" como aquêles "sem perda de tempo" acarretam sérias dificuldades à administração dos hospitais;

que tais acidentes ocasionam graves prejuizos humanos e materiais, olém de determinorem sérias alterações no bom andamento da rotina diária das atividades médico-assistenciais;

que referidas alterações ocasionam, também, prejuizos para os internados;

que, além destas consequências desagradóveis, onerosos e imediatas, os acidentes determinam outros fatores remotos de consequências imprevisíveis;

E TENDO-SE EM VISTA O QUE DETERMINAM E EXIGEM

- a) Os arts. 154 a 222 da C.L.T. (DL 5452 de 1.º-5-943),
- b) Os arts. 77 a 82 do DL 7036 de 10-11-944 (Lei de Acidentes do Trabalho),
- c) A Portaria n. 128 de 6-10-952,

d) A Portaria n. 155 de 27-11-953,

 e) E outros dispositivos legais a respeito de Higiene, Segurança, Periculosidade, Insalubridade do Trabalho e Prevenção de Acidentes.

f) bem como o que solicita o Decreto n. 811 de 30-3-62;
 PROPOMOS QUE A ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE M. GERAIS atue no sentido de que

os hospitais incentivem e difundam, por todos os meios possíveis, em todos os seus setores e departamentos de atividades, uma CAMPANHA eficiente e constante de PREVENÇÃO DE ACI-DENTES:

e crie uma COMISSÃO DE HIGIENE E SEGURANÇA DO TRA-BALHO para melhor orientar seus Associados.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

4 — MOÇÃO

A Associação Brasileira de Enfermagem - Secção de Minas Gerais - está à disposição da ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS para integrar os grupos de treinamento do pessoal de Enfermagem no seu planejamento de Jornados e na organização dos Departamentos de Enfermagem em todos os setores hospitalares do Estado.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

5 — RECOMENDAÇÃO

considerando que a Unidade de Enfermagem deve reunir o con-Junto de elementos que serve à Enfermeira,

RECOMENDA:

à Associação dos Hospitais de Minas Gerais que procure difundir o designação de

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO

em substituição à antiga denominação, para os locais de permanência do doente.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado Seguem assinaturas

6 — RECOMENDAÇÃO

Considerando que o projeto de Lei Orgánica da Assistência Hospitalar está retido há sete anos no Congresso Nacional; RECOMENDA:

que a Associação dos Hospitais de Minas Gerais oficie ao Senhor Ministro da Saúde e ao Senhor Presidente da Câmara dos Deputados, no sentido de que promovam o andamento de tão importante documento para a melhoria da Saúde de nosso povo.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

7 - INDICAÇÃO

considerando que o problema hospitalar brasileiro permonece sem ter um encaminhamento capaz de movimentar sua solução no País; considerando que é imperativo a reformulação dêsse problema em bases atuantes, face à paralização do progresso, quantitativo e qualitativo, de nossa rêde hospitalar;

INDICA:

que a Associação dos Hospitais de Minas Gerais telegrafe ao Senhor Presidente da República, solicitando a criação de um

Grupo Executivo de Trabalho, com o objetivo de reformular a política hospitalar brasileira e criar meios de incremento e financiamento para a empresa hospitalar de finalidade lucratica ou filantrópica.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Sequem assinaturas

8 - MOÇÃO

Reconhecendo que os Associações Hospitalares do Pais están omissas no problema, referente ao andamento do Projeto de Lei Orgânica da Assistência Hospitalar, que há 7 anos arrasta-se no Congresso Nacional;

INDICA:

Que a Associação dos Hospitais de Minas Gerais oficie à ABH e às congêneres, pedindo que se dirijam ao Sr. Ministro da Saúde e ao Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando o andamento e aprovação do referido projeto.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Sequem assinaturas

9 — RECOMENDAÇÃO

considerando que o hospital é organismo dedicado o dispensar assistência de bom padrão à comunidade;

considerando que a dispensa dêsses serviços de boa qualidade estão na decorrência natural da precisão de meios físicos, moteriais e de pessool;

considerando que, nos tempos atuais, a construção de um hospital representa vultoso emprego de capital;

considerando a necessidade de que se garanto por meio de um sentido funcional adequado uma manutenção econômica.

RECOMENDA:

à Associação dos Hospitais de Minas Gerais que dirija uma moção aos govêrnos Federal, Estaduais, Municipais e Órgãos de Classe (Arquitetos, Enfermeiras, etc.) no sentido de que nenhum projeto hospitalar deva ser conduzido sem a presença de um consultor hospitalar.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

10 - MOÇÃO

Reconhecendo a importância da notícia do Dr. José Pinto Machado, DD. Secretário de Saúde e Assistência do Estado, de que baixou portaria criando a Comissão Especial para estudar a realização do Curso de Administração Hospitalar no Estado;

INDICA:

Que a Associação dos Hospitais de Minos Gerais oficie àquele titular, louvando a oportuna iniciativa e fazendo votos para que seu início se dê no próximo ano.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

11 — RECOMENDAÇÃO

considerando la importância do S.N.D. na recuperação e na doutrinação dos pacientes nos problemos relativos à alimentação: A pouca atenção dispensada pelos projetistas e organizadores do Hospital ao setor de nutrição e dietética:

RECOMENDA

Que a Associação dos Hospitais de Minas Gerois adote providêncios, junto os autoridades competentes, pora oficializar a padronização proposta nos 6 itens abaixo;

 Departamento organizado e dirigido por pessoal técnico qualificado, integrado com os outros departamentos da instituição.

- 2 Planta físico, que atenda às exigêncios dos códigos de obras e sanitário, relativo ao manuseio, ormazenagem, preparo e distribuição de alimentos necessários ao fornecimento de têda a espécie de dietas servidas no hospital;
- 3 Localização, áreas e estrutura física das unidades que facilitem à confecção e a rápida distribuição de refeições à tôda clientela, evitando a produção de ruidos e visando o máximo de eficiência e de controle de modo a propiciar um mínimo de movimentação e de circulação cruzada de pessoal e de material do SND;
- 4 Pessoal administrativo e técnico competente e em número suficiente para executar as atividades do SND, organizado de acôrdo com legislação aplicável em cada caso. E' imprescindível a colaboração de uma Nutricionista de tempo integral ou pelo menos em boses de orientação e consulta;
- 5 Documentação sistemática das dietos prescritas e fornecidos aos pacientes, integrada nos respectivos prontuários médicos;
- 6 Perfeito entrosamento nas relações inter-departamentais e na execução das rotinas conjugadas com outros órgãos. Realização de reuniões periódicas dos setores intra e inter-departamentais, visando maior eficiência técnica e administrativa dos serviços prestados à clientela;

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

12 — RECOMENDAÇÃO

Considerando:

- a) a dificuldade na condução dos problemas de manutenção técnica e preventiva dos instalações hospitalares;
- b) que o problema se amplia sobremodo nos pequenos hospitais, cujas administrações não podem contar com a organização permanente de serviços de engenharia de manutenção;
- c) o necessidade de melhor orientação do manutenção dessos instalações por fórça de seu elevado custo e principalmente pela sua interferência indireta no tratamento de doentes, atingindo sobremodo a eficiência do departamento de administração e com bose na sugestão apresentada nesta Jornada, pelo arquiteto Morales Ribeiro, prof. da Faculdade Nacional de Arquitetura, representando o Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro, vem indicar a presente recomendação:

CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO OU ÓRGÃO DE ACESSORIA VOLANTE ALTAMENTE QUALIFICADO, QUE VENHA DAR ASSISTÊNCIA PERIODICA REGIONAL AS UNIDADES HOSPITALARES COM RELAÇÃO À MANUTENÇÃO DE SUAS INSTALAÇÕES E EQUI-PAMENTOS.

Este Serviço seria patrocinado pela Secretaria de Saúde e Assistência com a cooperação da AHMG.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

13 — PROPOSIÇÃO

Propomos:

- 1 Expressar os melhores agradecimentos a todos os conferencistas da IV JORNADA DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO HOSPITALARES, mormente ao prof. Rosa e Silva, ao Arq. Germano Galler, ao Arq. Morales Ribeiro, ao Dr. H. Bandeira de Mello, ao Arq. Jarbas Karman e ao prof. Humberto Ballarini que, com tanto ardor, competência e inteligência nos proporcionaram lições eficientes e práticas, em detrimento das suas atividades profissionais;
- 2 Um voto de louvor aos organizadores da IV Jornada, especialmente ao Dr. Delcides Baumgratz pela sua atividade, gentileza e colaboração demonstrados durante os trabalhos.

Belo Horizonte, Sala das Sessões, 28 de outubro de 1962 Aprovado

Seguem assinaturas

NOTICIAS DO BRASIL

PALESTRAS NA DELEGACIA DO I.A.P.I. - E. DA GUANABARA - SOBRE PLANE-JAMENTO, ORGANIZAÇÃO E ADMINIS-TRAÇÃO DE UNIDADES MÉDICO-ASSISTENCIAIS

A evolução da Previdência Social no Brasil Os IAPs - A Lei Orgânica 3.807/60. Dr. Moacyr Velloso de Oliveira

Procurador do IAPI - Professor da P.U.C.

Serviços prestados pela Previdência Social no Brasil — Sistemas de Custeio — As aplicações de capital e a assistência médico-hospitalor.

Dr. Armando de Oliveira Assis Téc. Previd. do IAPI — Professor da **FGV**

população previdenciária no Brasil — Diferenciação (idade - sexo - salário) ---O Estado da Guanabara. Prof. José Lauro Kafer

Estatístico do DAE do IAPI

Economia e Saúde

Dr. Carlos Gentile de Mello

Médico do IRB - Professor da ENS Pública.

Indices de Desenvolvimento - Bens de Capital e de Consumo — O Ciclo Económico.

Dr. Menandro Novais

Médico do C. P. Bahia — Professor da ENS Pública.

O estado medico-sanitório da população previdenciária brasileira — A produção dos serviços médico-assistenciais dos IAPs

no Brasil e na Guanabara. Dr. Murillo Vilela Bastos Médico do IAPC — Professor da ENS Pública.

O financiamento dos serviços médico-hospitalares na Previdêncio Sociol — O sistema de comunidade — O Estado da Guanabara. Téc. Adm. Jorge Vieira Lobo

Assist. Adm. do DAM do IAPI. O planejamento de Unidades Médico-Assistenciais — Diretrizes bósicas — O IAPI no Estado da Guanabara.

Equipe do Grupo de Trabalho Hospitalar do IAPI (RS-38): Eng.º J. Annibal Silva - Art.º J. Duval C. Sobrinho - Dr. Moacyr A. Cardoso - Dr. O. Massa Fontes - Dele-gado Alfredo Lisboa.

Os meios de funcionamento dos serviços médico-assistenciais (áreas - pessoal material) - O IAPI no Estado da Guanabara.

Dr., A. Serebrenick

Superintendente-médico do IAPI no Estado da Guanabara,

O elemento humano nos serviços médicohospitalares - A Psicologia aplicada ao trabalho.

Psicot.º Rubens de Brito Assist. da Delegacia do IAPI no Estado da Guanabara,

A organização do material nos serviços médico-hospitalares.

Dr. Maury Pinto de Oliveira

Médico do IAPM - Professor do D. S. Armada.



CURSO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE

Chefiados pelo Prof. Humberto Ballariny, catedrático em Práticas Administrativas, os alunos da turma de 1962, do Curso de Organização e Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde, vieram a esta Capital, em viagem de estudo e coroamento de Curso O programa constou de uma recepção oferecida pelo Laboratório Carlo Erba, aulas, no Hospital dos Servidores do Estado, e no Hospital Infantil da Legião Brasileira de Assistência a cargo do Dr. Jarbas Karman e visita a vórios Hospitais proeminentes da Capital. Na fotografia os Professores: Abaty Indio do Brasil, Elizio Pereira de Almeida, Jarbas Karman, Humberto Ballariny e Senhora, Dr. Estefano Porta do Laboratório Carlo Erba, e os alunos: Dr. Alcymar Brigido, Dr. Aprigio Furtado, Dr. Ayrton Seixas, Dr. Domingos Araujo, Dr. Fauze Adri, Dr. Heitor Santos Braga, Dr. Ivan Gouvea, Dr. Jader Manso, Dra. Lydia Soria, Dr. Luiz Cristiano Souza, Dra. Maria da Graça Bandeira de Melo, Dr. Paulo Sérgio Brito, Dr. Theognis Nogueira, Dr. Waldemiro Bragança.

VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

Terá lugar em São Paulo, de 7 a 13 de Julho de 1963. Entre os temas oficiais foram incluidos os seguintes tópicos sôbre Administração Hospitalar:

- 1. A Administração Hospitalar e a Infecção Pós-Operatória.
- 2. A Infecção Aerógena no Hospital
- 3. Esterilização do Material Cirúrgico
- 4. Planejamento do Centro Cirúrgico
- Padrões Minimos do Centro Cirúrgico



Alunos do Curso.

IV CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

ALUNOS INSCRITOS NO IV CURSO DE TÉCNICA
ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO DO I P H

Benedito Ribeiro, Clélia Guidugli, Creusa Maria Alves, Elizabeth Lopes Correia, Emi Asao, Elmira Coelho, irmā Maria do Rosário Pompeia, Irmā Rosa da Imaculada, Izabel Garcia Salmeron, Irmā Meurer, João Baptista Ferreira Pimont, José Luiz da Rocha, José Ximenez Mercedes Silva Marques, Nelson dos Reis Rodrigues, Nédja Dorsa, Renísio Ferreira Ujme, Tomijiama Toru.



Prof. André Roseira de Matos — Diretor do Curso

HOSPITAL PILOTO DO IPH

O Hospital de Pesquisas — "Hospital Piloto" do IPH, será um hospital geral, que, a par das funções normais — prevenção, cura, ensino e pesquisa médica — próprias a um hospital completo, terá mais as atribuições de ensejar o estudo, experimentação e aperfeiçoamento de equipamentos, materiais, aparelhamentos, interligações, distribuições, serviços, funcionamento, administração, técnicas e próticas hospitalares.

O hospital será projetado e construido de forma a permitir todos os tipos de adaptações necessárias às pesquisas. Para possibilitar estudos completos, terá flexibilidade a ponto de poder transformarse, em todo ou em parte, no hospital mais pobre e de recursos mais reduzidos, até o nosocómio mais completo e mais equipado.

O Hospital de Pesquisas será o laboratório experimental do IPH e de todos os hospitais brasileiros. Pesquisadores, médicos, enfermeiros, arquitetos, consultores, administradores, engenheiros, técnicos e industriais encontrarão ambiente e incentivo para melhorar, simplificar e tornar mais eficiente, racional e científica a nossa assistência médico-hospitalar.

Será uma escola. Um estágio obrigatório a todos aquêles interessados em construir, equipar, administrar e operar hospitais. Mesmo a indústria de equipamentos hospitalares não poderá prescindir dos seus conselhos, estudos e experimentos.

Seró um hospital dinômico, sempre em dia com as técnicas, mátodos, aparelhamentos, e inovações mais avançadas e sempre pronto e capaz de orientar e aconselhar todos os interessados. A construção dum hospital de pesquisas, nos moldes do HP, representará substancial economia de esforços e dinheiro, pelo fato de aliviar os hospitais da necessidade de proceder a experimentação e tentativas de soluções, a que individualmente são obrigados, e pelo fato de afastar hesitações e dúvidas pelos quais passam, desde o planejamento e construção, até o seu funcionamento e administração.

O IPH e o HP manterão estreito contacto com tôdas as instituições, informando-as dos seus resultados e conclusões,

Tal concentração de pesquisas, num bom hospital, planejado e orientado com êsse fim em vista, por cento constítue o progresso mais rópido, eficiente e econômico, de se conseguir a elevação dos padrões de nossos hospitais, permitindo-lhes operação a mais eficiente e a menos onerosa.

Para essa iniciativa de relevante importância na vida nacional, o IPH solicita a cooperação de todos.

IPH — HOSPITAIS DE HOJE — VOL. 18 — ANO VIII — 1963

TALLES DE INICODICES DADA O 10 CUIDOS CECLIDANICA THE LICEDITAIC

Lessle D	us toš					CKIÇ	,,,,			0025000			89 - :			iO IV	1149	-/\	LIVI					- Mala	de 1963
Local: R	ua jua	o bri	cola, .	24 -	30.			101	765.075	å (u I	2000	007										de 1963
Solicita-si de Deser leiro de	volvime	nto e	de P	esquis	os Hos	pitalar	· -	Rua X	7.00																
NOME .																		É SÓ	SCIO	DO I	PH	2 1	B S ?.		
DADE .																									
NSTITUE																									
RESIDENC																									
ESTADO																									
						DATA	/-	/	AS	SINA	TURA														
Obséquio Important Enderêço:	e: As Para d	inscriç rem	ões se	erão li e insc	mitada rição, e – Rua	s à co	vale j de To	postal, ledo, 2	carta	ou p	edido	de	informo	ções	1.P	Н.	— Ir	nstitu	to Br osileir	asilei o de	ro d Segu	a D	esenv ;a —	olvimen - Rua .	to e de João Brí-
INS	TITU	ТО	BF	RASII	LEIR	0	DE	DE	SEN	VOI	LVI/	MEN	VTO		E	DE		PES	QUI	SAS		НО	SPI	TALA	RES
		Service Control	unert.								LD Versa.	200		racara.									IDAD	E 0/20	104
	ADE C																							E PÚBI DE 16-1	
ESCOL	Admin nejamin e Esta fermas	istroçi ento e istrativ tístico gem;	ão Ger Adm vos; Se i; Relo Serviço	ral; Ad inistra erviças ições F o Socia	il Med	ração I e Unido os do s; Supe lico.	Hospital ades So Hospita rvisão e	lar; Org initária: l; Servi e Chefi	ganiza s; Orç ços Te a; Ad	ção e amen écnico minist	e Mét to e s: Té tração	odo; Conto cnica de	Psicolo abilidad Assép Centro	gia le; / tica Cirú	do Tr Apropi e de rgico;	abalh riação Ester Mani	o: Ple de ilizaçe utençê	aneja Cust ão; S ão e	mento o; A eguro Cons	e E dmini nça (ervaçõ	quipo istraç em F So de	omen ão Hospi Hospi	nto de de f itais; spitai	e Hospi essoal; Arquivo s; Dieté	P. H.
OBJETIVO DURAÇÃO INSCRIÇÃ DIPLOMA	Admin periòd DA Si O: Os E CER frequê nados,	istrado icame IRIE I curso TIFICA ncia, será	ores e nte, se DE CU is desi ADO: desde confe	RSOS: tinam- Aos o que te	Itcres rigatori 2 ar se a (alunos, enham Diplomo	Hospita iedade nos. C Diretore aprovo compai a de /	de segu de segu de segu s de H dos em recido d Adminis	em pre uência. iro Cur	juízo so da	de su sério	as at	sará	des pro	"Segi	uranço	Os em	Hosp	s são sitais"	inte	nsivos	s, de	cur	ta di	iração,	repetidos
PRIA						r Hosp		611	D A	N	CA	-		ы	05	DI	ТА	15	λ/	IIN	119	: т	RA	DO	EM
											-														١ÇΑ
CON	10	N 1	O	CO	M	0	IN	5 1	1 1	ונ	U	В	KA	5	1 L	E	IK	U	D	_	3 5	· G	0 1	\ A	1 5 1
Local do Inscrição: Informação Início: 1 Encerrame Taxa: Ci Os sócios Número o	es: Hospito 9 de m nto: 1 \$ 6.00 do 1.P	spital al Sar aio de 0,00	Servi nta Jo e 1963 junho (seis i e do l	dores ana, f 3, de 1 mil cri	do Esi Rua Tu 963. uzeiros , com	ça, Ruc tado, F upinami); Insci as anu	tua Periodo, 15	dro de 7, fone Cr\$ 2.0 de 196	Toles: 70-	do, 1 3885,	800, com	fone: Dr.	70-11 Eduard	61 e lo Ar	70-1 maro.	162,	com	Enf.							
				P		R		0		G	managari		R		A			М		A	Š				
			1	.º da	série	de Cu	irsos d	a Escol	a de	Form	nação	de	Admin	istrac	iores	e Co	nsulto	ores I	Hospi	alare	s				
19 Maio -	Aula Exmo	Inau Sr.	gural Prof.	Dr. Ze	import ferino	da Es ância d Vaz, A DE S	D.D. Se	ação d ecretári	os Pac	droes Saúde	do	italar	es Nac	ionai	s. 0	Hosp	oitala Il do	res d Adm	o I.F	.H.	— 1 e Co	9 h	oras. tor H	ospitala	r.
20 Maia -	ASPI Resp	CTOS	Dr. I	Ruy B	uller S 20 ho	outo ras. em f	oce de	aciden	tes: r	espon	sabili	dade	profis	ional	l do i	médic	o, do	enfe	ermei	ае	do t	écnic	co. [Doutring	do Res
21 Maio -	Profe	Lequ	Dr. A	Annoel ARO	os judi Pedro	Pimen	tel. VISAN	ndenzaç DO A	ões; T SEGUR	empo ANC	de A —	presei	rvoção noras.	dos	pront	uários	dos	paci	entes	Segu	uros;	etc.			
	Profe	; dep	ósito o	de ma Germa	terial i no Gal	nflamá	vel: jan	ielas, p	eitorís	; sala	rgas, i de	reani	mação,	de	recupe	ração	ue s	terap	oia in	tensiv	a; in	cine	rador	etc.	timentos;

22 Maio -

EQUIPAMENTO HOSPITALAR — 20 horas.

Camas: grades, degráus, localzação, transporte; berços: travam ento, grades, rêde; encubadoras: aquecimento, umidade, excesso de oxigênio; macas: raios-X: filtros, proteções, potências; autoclave: válvula de segurança, trave de porta, funil de descarga, purrador termostático de ar e condensado, exaustão; fervedores; estufas esterilizadoras: bolsas de ar, circulação por gravidade, circulação forçada; erros de fabricação em equipamentos hospitalares; normas, etc.

Professor: Jarbas Karman

PROTEÇÃO CONTRA O RUÍDO — 19 horas.

Ruídos hospitalares; causas, consequências e proteção: intensida de; normas; decibels recomendados nos diferentes setores; dimensões, pésdireito; reverberação; transmissão pela estrutura e pelo ar; reve stimentos, precauções na instalação de elevadores, bombas de vácuo, geradores, instalações hidráulicas, etc.

Professor: Eng. Roberto Paulo Rich'er

SEGURANÇA EM ENFERMAGEM — 20 horas.

Identificação de pacientes e medicamentos; preparo de medicam entos; injeções; chaques e alergia; narcóticos: guarda, cuidados, administração, contrôle: recém-nascidos: identificação, cuidados; tubos de fios de sutura: cuidados, desinfecção; prontuários, transcrições; comadres; materiais contaminados; avental, gorro, máscara; cuidados com paci entes agitados, idosos, cem sedativo, pós-cirúrgico, semi-conscientes, comatosos, cégos, desorientados, sujeitos a vertigem. Restrições e dia gnóstico, tratamento, curativos e receitas.

Professor: Enf. Aurea Marques da Silva.

M	CIDADE	# PA
	AUA	PARTILHE H O S P I
NINIST	SENHOR	>8
ADMINISTRADOR		I S P
DI PLOMADO POR HOSPITAL	INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES	DE MAIS E
HOSPITAL	1.0 C U R S O D E S E G U R A N C A E M H O S P I T A I S ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINIST RADORES E CONSULTORES HOSPITALARES	MELHORES R A S I L
23	Maio — PROTEÇÃO CONTRA INCÉNDIO — 19 haras — 21 haras. Regulamentos, normas e leis; saídas de emergência; evacuação de doentes; instalações contra incêndia; extintores; sistema de alar riais de construção e revestimento; número de escadas, sua loca lização: precauções em depósitos de anestêsicos, de álcool. etc.	me; mate-
24	Professor: Ten,-Cel. Jasé da Cunha Caldeira Jr. Mcio — RADIAÇÕES — 19 horas. Natureza, efeitos; "raios males"; "raios duros"; radiações diret as e secundárias; ação da distância; precauções com isátopos: a rádium; cobalto radiaativo; "meia vida"; proteção em flucroscopia, etc. Professor: Eng. Wolter Bever. PROTEÃÇO RADIOLÓGICA — 20 horas. Periço das radiações; consequências: exposição tolerável; radio terapia; isotopoterapia; radiografia; proteção com chumbo, bário,	
27	outras proteções; normas, etc. Professor: Dr. Miguel Centola. Maio — SEGURANÇA NA INSTALAÇÃO E NO USO DE OXIGÊNIO — 19 horas. Contras proteções; normas, etc. Professor: Dr. Miguel Centola. Maio — SEGURANÇA NA INSTALAÇÃO E NO USO DE OXIGÊNIO — 19 horas.	gua); cilin-
	cros, pressão, fadiga; transporte, queda, acidentes; tubulação, cruzamento com linhos de vapor ou água quente; sistema de al rampas": etc. Professor: Ena. Carlos Gomes, do "White Martins". SEGURANÇA EM ANESTESIA — 20 horas. Anestésicos; morbidade e mortalidade; choques; planos e riscos; relação morfina, adrenalina, acidentes; precauções; canula; queda anestesia requidiana; riscos e maselas enzimas neutralizantes; depósitos de anestésicos, álcool; contaminação de máscaras, salas	de língua;
28	mação, recuperação, terapia intensiva, etc. Maio — SEGURANÇA EM CIRURGIA — 19 horas. Operações sépticas e assépticas; pró-pés. máscoras, garros, escovação; pó e umedecimento de piso; ar condicionado; áreas vestil rurgia de ambulatório: pronto-socorro; tubos de sutura; pinças estéres; centro de material esterilizado; rala em S.O.; armários pi de moterial esterilizado, etc. Professor: Dr. Eduardo Amaro. SEGURANÇA CONTRA INFECÇÃO — 20 horas. Conceituação de inferção. Deenças transmissíveis e doenças infeto-contagiosas. Modalidades de transmissão das doenças infeto-contagiosas hospitalares.	bulares; ci- ar 2 guarda antagiosas.
29	Professor: Dr. Vicente Amato Neto. Maio — SEGURANÇA EM BANCO DE SANGUE — 19 horas — 21 horas. Moléstics transmissíveis pela transfusão (sífilis, maleita, moléstia de Chagas, hepatite, brucelose, etc.); acidentes por substânce nicas, por contaminação bacteriana; medidas profiláticas; bacte roscopia pré-transfusional, com contrastes de fase; acidentes por bilidade sanguinea; provas que devem preceder à transfusão de sangue; outros acidentes: alérgicos, anafiláticos, por sôbre-cara tória, etc.	
30	Professor: Dr. Oswaldo Mellone e Dr. Ruy Faria. Maio — SEGURANÇA EM OBSTETRICIA, BERÇÁRIO E LACTÁRIO — 19 horas. Infecções peculiares ao ciclo gravidico-puerperal período néo-no tal; epidemias e sua profilaxia, em Maternidades e Berçários; prolactório; ressuscitador, etc. Professor: Dr. Álvaro Guimerões Filho. RISCOS EMOCIONAIS — 20 horas. Humanização; máquina de curar; hospitalismo e berçário; relações entre mãe e recém-nascido: maternização; visitas e acompani biente de lar; inter-fones e demais recursos eletrônicos; calor hu mano: recepcionista, enfermeira, assistente social; música, côres, s leções públicas; cuidados com pacientes de Pediatria, Doenças Mentais e Tuberculose, etc.	hante; am-
31	Maio — SEGURANÇA DE CALDEIRAS, AUTOCLAVES E AQUECEDORES — 19 horas — 21 horas. Caldeiras, tipo e fabricação; manômetro, válvula de segurança, válvula redutora contrôle de pressão, nível de água; paredes em caso de explosão, etc. Professor: Eng. Julio Robin.	deslocáveis,
Q	Junho — INFLAMAÇÃO E EXPLOSÃO DE GASES ANESTÉSICOS — 19 horas. Chama direta, faiscas; eletricidade estática; ocorrênciasá efeitos, pisos condutivos; equipamentos à prova de explosão; gases aneste sificação, segundo sua periculações, imistura explosiva"; exe mplos de acidentes; precauções, etc.	
	Junho — SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES ELÉTRICAS — 19 horas — 21 horas. Transformadores; curto-circuito; pára-ráios; cabines de fôrça, de medição; geradores; circuito de emergência: chaves e interrupto das de 110V e 220V; ligação terra: chuveiro elétrico; fios, ele trodutos, etc.	
8	Professor: Eng. Amirati. Junho — SEGURANÇA EM LABORATÓRIO — 19 horas — 21 horas. Infecções cruzadas: cámaras assépticas; coifas, exaustão, cuida dos em Bacteriologia, etc.; colheita, quarda, tempo, técnica; an	natomopato-
	logia, etc. Junho — SEGURANÇA NA INSTALAÇÃO DE ÁGUA E ESGÔTO — 19 horas. Pressão negativa; preventores de vácuo: instalação de lavado res de comadre; esquicho para comadres; cruzamento de linhos esgôto; interligações; contaminação de água; de bebedouros; fo ssa séptica; filtro; lavadores de recipientes de lixo. etc. Professor: Eng. J. Martiniano de Azevedo Neto. PRODUTOS FARMACEUTICOS AGRESSIVOS E IDENTIFICAÇÃO DE REMÉDIOS — 20 horas. Prescrições; posclogia: produtos hábito-formadores; tóxicos; alérgicas; piragênicos; sedativos; precauções; cantrôle microbiológico; esterilidade, etc.	
, i	Junho — INSTALAÇÃO DE COZINHA E LAVANDARIA E CÂMARAS FRIG ORIFICAS — 19 horos. Excesso de pressão em caldeirões e básculas: incêndio de gor dura; fogão com maçarico a óleo; exaustão, câmaras frigorífica mentos, ralo, temperaturas, porta e fêcho; Normas de máquinas de lavandaria; tempa de centrifuga; interruptor de calandra, etc. Professor: Eng. Luiz Emanz dos Santos. SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES DE VAPOR — 20 horas. VÁbulo redutara; válvula de segurança válvulas, conexões; tu bos; dilatação, vasamento; purgadores; contrôle de pressão; pressi	
1	de condensado; autoclaves, destiladores: exemplo de acidentes. Junho — AR CONDICIONADO E VENTILAÇÃO — 19 horas. Renovação e velocidade seguras; distribuição de anemostatos; recirculação; gases anestésicos e bactérias; filtroção; lámpadas general professor: Eng. Hanz Sannenfeld	micidas, etc
ď	SEGURANÇA CONTRA INFESTAÇÃO — 20 horas. Ratos, baratos, moscos, pernilongos, pulgas: incidência; conse quências; meios de prevenção; produtos modernos; técnica de efeitos e duração. PROVA ESCRITA.	aplicação;
	Referente a um item de cada Capítulo do programa, em data a ser fixada.	

REPRESENTAÇÕES E. CORRESPONDENTES DO IPH

Carecendo a pesquisa hospitalar de intensa comperação e intercámbio nacional e internacional e deseiando o IPH tomentar ao maximo o desenvolvimento hospitalar vem procurando criar núcleos de pesquisa, também foro do País. Esses núcleos, sempre que possível, são integrados por uma equipe composta de um médico, um arquitato ou engenheiro, um administrador hospitalar e uma enfermeira.

As the hospital research needs intensive cooperation and national as well as international interchange and being the wish of the IPH to enhance to the maximum the hospital development it is interested in reserch teams abroad engaged in this purposa. These teams whenever possible should gather one doctor, one architect or engineer, one hospital administrator and one nurse.

SEDES ESTADUAIS DO IPH

BAHIA

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

DISTRITO FEDERAL

IPH — Brasilia — Distrito Federal Quadra 16 - c/134 Representante: Arg. Germano Ga'ler

ESPIRITO SANTO

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

GOIAS

IPH — Goiánia — Goiás Av. Tiradentes 29 Representantes: Arq. Elder Rocha Lima

GUANABARA

IPH — Rio de Janeiro — Guano Rua Marques de Pinedo, 55 Representante: Eng. Ariel Tacla Guanabara

MINAS GERAIS

IPH — Belo Horizonte — Minas Gerais Av. do Contôrno, 2.887 Representante: Dr. Delcides de Oliveira Baum-

IPH — Acesita Rua 26, n.º 21 Representante: Dr. Pedro Sampaio Guerra

IPH — Governador Valadares Representante: Dr. Julio Cota Pacheco

- Itajubá Fábrica de Itajubá — casa 12 Representante: Dr. Antonio Elzio Pereira da Silva

IPH — Juiz de Fora Avenida Rio Branco, 2.613 **Representante**: Dr. João Felicio Fernandes

IPH — Nanuque Rua Lambari, 21 Representante: Dr. Raphae! de Castro

IPH — Poços de Caldas Rua Junqueiras, 537 Representante: Dr. Rowilson Flora

IPH — Uberaba Rua Frei Paulino, 40 - Fone: 2239 Representante: Revma. Madre Maria Angelina Secratória: Revma. Irmã Maria de Belém

IPH — Belém — Parà Faculdade de Medicina do Parà Representante: Dr. José Silveira Secretário: Enf. Aquilon Ribeiro Gomes Bezerra

IPH — Curitiba — Paraná Av. Batel, 1.511 - 2." andar - apto. "C" Representante: Dr. David Augusto Ramos Filho

IPH — Landrina Rua Sergipe, 69 - Fone: 1876 Representante: Dr. Waldomiro Ayres

IPH — Maringá Av. São Paulo, 266 - Cx. Postal, 175 Representante: Dr. Ga lileu Pasquinelli Filho

PERNAMBUCO

IPH — Recife — Pernambuco Rua Dr. José Vilela, 100 - Parnamirim Representante: Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho

RIO GRANDE DO SUL

IPH — Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul Edifício Clube do Comércio, apto. 103 Representante: Dr. João Pacheco Scares Xavier

Rua Voluntários, 410 Representante: Dr. João Feliciano Xavier Secretário: Arq. Raphael Gomes Lopis

IPH — Sta. Maria Av. Ipiranga 23-32 Rapresentante: Alcides Pazzaban

SANTA CATARINA

IPH — Florianópolis — Santa Catarina Hospital Colônia Santana - Cx. Posta', n.º 216 Representante: Dr. Osmar Nelson Schroeder

IPH — Itajahy Rua 15 de Novembro, 68 Representante: Dr. Felipe Baptista de Alencastro

IPH — Caconde Irmandade de Misericórdia Representante: Sr. Fracisco S. Nigro

IPH — Campinos Rua Oswaldo Cruz, 170 Representante: Enf. Ilsa Sodré Padilha

IPH — Ribeirão Prêto Escola de Enfermagem de Ribeirão Prêto Rua Duque de Caxias, 827 Representanta: Enf. Glete Alcantara

IPH — São José dos Campos Rua Justino Cobra, 73 - Fone: 63 Representante: Eng. Fernando Vieira Lopes da Costo

IPH — Votuporanga Rua Tocantins, 696 Representante: Dr. Miguel Gerosa

REPRESENTANTES N O EXTERIOR

ALEMANHA

IPH — Berlim — Alemanha Technische Universität Berlin institute für Kranhenhausbau Berlin - Char-lottenburg 2 den Repreesntante: Prof. Peter Poelzig

ARGENTINA

IPH — Buenos Aires — Argentina Charcas, 2.805 Representante: Arq. Alejo A. Amavet

IPH — Mar del Piata San Luis, 3.010 Representante: Dr. Luiz Antonia de La Torre

IPH — Mendoza Colon, 371 Representante: Ara. Aristices Cotvini

IPH — Santa Fé Tucuman, 2960 Representante: Dr. David Berjman

BOLIVIA

IPH — La Paz — Bolivia Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica Plaza Franz Tamayo Representante: Arq. Oscar Cortes Valda

CHILE

1PH — Santiago do Chile — Chile Racicuda Montalván 1858 Representante: Dr. Hugo Calderón Campusana

IPH — Valparaizo do Chile Servicio Nac. de Salud Casilla 7 - V Representante: Dr. Norman Kliwadenko

ESTADOS UNIDOS

IPH — Washington — Estados Unidos Division of Hospital and Medical Facilities Representante: Arq. August Heenack

IPH — Nova York 45 West 45th Street Arg. Isadore Rosenfield

GRÉCIA IPH — Atenas — Grécia 4 — Zalacosta Street Representante: Arq. Thymio Papayannis

GUATEMALA

IPH — Guatemala Hospital Rossevelt Representante: Dr. Salvador Hernandez Secretário: Enfa, Guilhermina Flores Pans

IPH — Tokio Universidade de Tokio Representante: Prof. Dr. Yasumi Yashitake

PARAGUAI IPH — Assunção Luiz A'berto de Herro, 468 Representante: Dr. Mafud Abed Secretária: Enfa. Cecília Rojas Britz

PORTUGAL IPH — Lisboa Rua General Alves Roçados Sintra Raprisentante: Arq. Eduardo Valente Estevos Hilario

SUICA – Lausanne – Suiça IPH — Lausanne — Suiça I.R. St. Pierre Representante: Arq. Wi:l'am F, Vetter

IPH — Madrid — Espanha Av. Doctor Arce n. 11 Representante: Arq. Aurelia Botella

INGLATERRA

IPH — Birmingham — Inglaterra 101 Hagley Rd, Edgbaston Representante: Dr. Danald A. Goldfinch ISRAFL

IPH — Tel-Aviv — Israel Dizengof 34 Representante: Arq. Arieh Sharon

ITALIA

IPH — Roma — Itália Via PO 47 — E. Representante: Arq. Rolando Angeletti HUNGRIA

IPH — Budapest — Hungria Manyaki U. 3 Representante: Arg István Fekete

FRANCA IPH — Paris — França 87 B. St. Michel Representantes: Dr. R. F. Bridgman Arq. J. H. Calsat

IPH — Dusseldorf — Alemanha Klosterstr. 35 Representante: Arq. Richard — Jeach m Sahl

SUECIA IPH — Stockholm — Suécia 88 N. Maelarstrand Representante: Arg. G. Birch-Lindoren

CORRESPONDENTES DO IPH

Walter Cloudio Commito Tabasa Organização Mundial de Saúde Departamento de faúde Pública do Panamá Republica do Panamá

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

0	
-	OBS. São
O	Imprescindíveis
57.0	2 Fotografias
0	3 x 4 cm
1221	

I P H INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES Entidade de Utilidade Pública pela Lei Estadual n.º 4.77 4 de 12/8/58 e Dec. Federal n.º 44.735 de 23/10/58 RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 — 6.º ANDAR — CONJUNTO 64 — FONE 36-3889 — SÃO PAULO

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

DIRETOR	DA ENTIDADE	
	CAIXA POSTAL	FONE
ENDERÊÇO PARA REMESSA DA REVISTA "HOSPITAL DE H	DJE", ÓRGÃO OFICIAL DO IPH	
OBS		
	ENDERÊÇO DA ENTIDADE ONDE TRABALHA ENDERÊÇO INDIVIDUAL CIDADE ENDERÊÇO PARA REMESSA DA REVISTA "HOSPITAL DE HE CURSOS, TÍTULOS, DIPLOMAS OBS. COMO PODE COOPERAR COM O IPH? ARTIGOS? EST UDI	DIRETOR DA ENTIDADE ENDERÊÇO DA ENTIDADE ONDE TRABALHA ENDERÊÇO INDIVIDUAL CIDADE ESTADO CAIXA POSTAL CAIXA POSTAL CAIXA POSTAL ENDERÊÇO PARA REMESSA DA REVISTA "HOSPITAL DE HOJE", ÓRGÃO OFICIAL DO IPH CURSOS, TÍTULOS, DIPLOMAS

LIVRO — TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

Nas páginas que se seguem, Hospitais de Hoje tem o prazer de oferecer, ao seus leitores e alunos do IPH, mais alguns Capítulos do seu livro Técnica Asséptica e de Esterilização, cuja publicação foi iniciada no Volume 15.

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

PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE ROUPA E DOBRADURAS

ENF. EULINA BASTOS RICHTER

INTRODUÇÃO

Dentro do hospital moderno constitue problema digno de acurado estudo o preparo e esterilização de roupa e dobraduras usadas na Sola de Operação (S.O.), pela relação direta que êsse moteriol tem com a ferida operatória e consequentemente com o sucesso da intervenção e o bem-estar do paciente.

I - PREPARO E EMPACOTAMENTO DE ROUPA

A - Finalidades

A roupa (compos, aventais, máscaras e turbantes) usada na S.O. tem as seguintes finalidades:

- Delimitação da área operatória, que ficará isolada pelos campos esterilizados a fim de impedir a contaminação da mesma.
- Montagem da sala, isto é, cobertura de mesas (instrumental, antissepsia), suportes de bacias, que serão usados antes e durante a intervenção.
- Preparo dos membros da equipe cirúrgico pora realizarem a operação com todo rigor de assepsia.

B — Côr

A côr da roupa contribue para o bem estor e eficiência da equipe cirúrgica. A côr branca traz desconfôrto, pois, como reverbera a luz, ocosiono uma contração pupilar contínua para evitar o incidência daquela sôbre a retina.

O emprêgo da roupa de côr possibilita aos membros da equipe cirúrgica, usar iluminação intensa sem limitar sua visão à área central da retino.

As côres claras, neutras, impedindo a reflexão da luz, permitem melhor iluminação da área operatória e descansam a vista. Assim, o cinza claro, o verde claro, etc., poderão ser usados não só para os campos como para os aventais e os uniformes dos que trabalham na S.O.

C — Confecção

Os uniformes de médicos e circulantes devem ser de modelo bem simples e confortável a fim de permitir, principalmente a circulante, movimentar-se com rapidez e executar a técnica asséptica com facilidade. Os gorros, máscaras e turbantes usados pelos membros da equipe cirúrgica poderão ser feitos do mesmo tecido e côr empregados nos campos, pois que no conjunto dorá grande efeito estético e é mais prático.

Pode-se empregar na confecção de campos e aventais, tecidos de brim ou cretone, porque têm malhas bem cerradas e são os mois duráveis.

Essa roupa poderá ser feita no próprio hospital quando êste dispõe de Secção de Rouparia aparelhada para tal fim. Quando isto não se dó, a roupa poderá ser encontrada pronto no comercio, fornecida por fábricas que se responsabilizam por êsse tipo de material.

D - Marcação

A roupo deve ser morcada com o carimbo do departamento, usando-se as iniciais "S.O." (Sala de Operação) ou "C.C." (Centro Cirúrgico), para evitar confusão na lavandaria, com peças de roupa, das Unidades de Enfermagem do hospitol.

E — Limpeza

Quando a roupa é enviada à Lavandaria deve ser feito o ról usando-se um impresso especial para tal fim (modelo fig. 1). Na Lavandaria o ról será conferido por pessõa daquele departamento. Depois de lavada, quando entregue no Centro de Material, deve aqui ser conferida por funcionário da Secção de Roupa. Com isso, além de se evitar perda da roupa, pode-se saber qual é a quantidade em circulação.

Seria interessante que na Lovandaria fosse feita a separação da roupa, sendo a que estivesse com rasgos ou furos, enviada à Secção de Consertos. Esta providenciaria êsses reparos sem demora, devolvendo depois as peças ao Centro de Material, afim de ser possível manter o estoque de roupa num padrão fixo, em relação à quantidade e à qualidade. Esta quantitidade deve ser suficiente para 36 horas de trabalho.

F — Tipos

- 1. Campos
- 2. Aventais
- 3. Máscaras, gorros e turbantes.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL, 18 - 1963

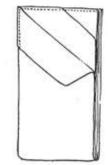
ad'

Oupervisora de Técnica de Sala de Operação e Centro de Material da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Curso de especialização em Enfermagem de Centro Cirúrgico, na Universidade de Pitsburgh — EE.UU. — grau de Mestre em Letras.

ROUPARIA RÓL DO CENTRO CIRÚRGICO

	ENVIADO	DEVOLVIDO		ENVIADO	DEVOLVIO
Atadura de algodão			Gorro p/ paciente		
Atadura de crepe			Gorro p/ médico		
Avental branco		(m.n) m.hm (m.hm)	Lençol		
Avental azul			Mascara branca		
Camisola p/ paciente			Opa branca		
Campo branco simples grande			Opa azul		
Campo branco simples médio			Perneira de flanela		
Campo branco simples pequeno			Roupcio		
Campo azul simples grande			Saco azul p/ roupa suja		
Campo azul simp!es médio			Saco azul p/ cabo de bisturi elet.		
Campo azul simples pequeno			Sunga p/ paciente		
Campo oftalmologico			Toalha p/ mãos		-
Compo dupio p/ pacote (diversos tamanhos)			Touca p/ paciente		
ampo simples de algodãozinho (diversos tamanhos)					
Cobertor p/ bebé					_
Cobertor grande					
Compressa grande					
Compressa pequena					
Envelope p/ luvas					_

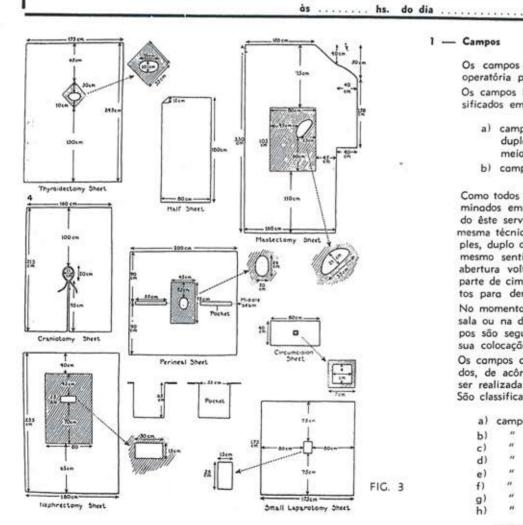
FIG. 1 - Modelo de ról.



Campo liso, "orelhinhas" FIG. 2 --vendo-se as dobradas para dentro.

Roupa limpa em substituição recebida por:

FIG. 3 — Campos cirurgicos. (Carl Walter - Aseptic Treatment of Wounds - pg. 106)



1 - Campos

Os campos usados em S.O. na delimitação da área operatória podem ser lisos ou com orifício único. Os campos lisos de acôrdo com o tamonho são clas-

- a) campos grandes 1.50 X 1,50 m (simples e duplo) duplo é o campo simples dobrado ao
- b) campos médios 0,90 X 0,90 m

Como todos os outros, os campos lisos devem ser examinodos em relação às manchos, rasgos, etc., quando êste serviço não é feito na Lavandaria. Usa-se a mesma técnica para dobrar o campo liso, seja êle simples, duplo ou médio. As dobras são feitas sempre no mesmo sentido ficando finalmente os campos com o abertura voltoda para fora, do lado direito. parte de cima do campo são então dobrados dois can-tos para dentro, "orelhinhas". Ver Fig. 2.

No momento de serem abertos, ou para montagem da sala ou na delimitação da área operatória, êsses campos são seguros por essas "orelhinhas" o que facilita sua colocação.

Os campos com orifício têm forma e tamanho variados, de acôrdo com o local e tipo da intervenção o ser realizada.

São classificados em:

- campo para laparotomia
- b) tireoidectomia
- craneotomia c)
- d) Mastéctomia
- " cirurgia renal 0)
- f) períneo
- oftalmologia g)
- pequena cirurgia, etc.

LIVRO TECNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL, 18 - 1963

Os modelos desses campos são encontrados na fig. 3. Todos êles são confeccionados com quatro comadas de tecido, na parte que fica ao redor do orificio que delimitará a área operatória. Isso dará maior proteção ao local operado, porque como foi feita apenas a antissepsia da pele, o umedecimento com sangue ou outro líquido acarretaria contaminação.

A parte restante dêsses campos têm somente duas camadas e cobrirá todo o paciente, caindo as bordas para fora da meso operatória.

A técnica usado pora dobrar o campo de laparotomia está ilustrada nas fig. 4 e 5.

Inicialmente são feitas pregas de 8 a 10 cm, em forma de leque, no sentido da largura do campo.

A primeira dobra será em forma de punho para servir de proteção aos membros da equipe cirúrgica, quando êles seguram o campo, no momento de colocá-lo sóbre a área operatória.

Depois de feitas as pregas, as extremidades opostas são enroladas em direção ao orifício, de maneira a formar dois rolos cilíndricos. Esses rolos terão então 33 cm de larguro. No compo de laparotomia costumase marcar com lapis, a parte que irá cobrir o tronco e cabeça do paciente, que é a parte menor.

A técnica usada para dobrar os outros campos é idêntica à acimo descrito, com pequenas modificações relacionadas com o formato.

Assim, nos campos para períneo, antes de serem feitas as pregas, dobram-se os partes com formato de bota, que estão ao lado do orifício centrol e que servirão de proteção às pernas, Fig. 6.

Conclusão

O uso de um ou outro tipo dos campos mencionados será de acôrdo com a preferência de cada cirurgia ou então com a rotina do hospital.

De maneira geral os campos lisos têm maior aceitação em nosso meio pelas seguintes vantagens que apresentam:

- Uniformidade dos campos para os diversos tipos de intervenção, assim como uniformidade na colocação dos mesmos na área operatória.
- A amplitude de exposição da área operatória diminuida ou aumentada de acôrdo com a necessidade.
- Focilidade na substituição de um ou mais campos, em caso de contaminação.
- Pela sua simplicidade podem ser confeccionados no próprio hospital.

2 — Aventais

Os aventais devem ser amplos, de mangas roglan largas, que permitam aos membros da equipe cirúrgica, liberdade de movimentos, bem compridas e com punhos de malha que se ajuste aos braços. Para a técnica de dobrá-la ver fig. 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 e 13. Para se evitar contaminação das mesas de instrumental ou mesa operatória com a parte de traz do avental que não é considerada estéril, pode ser usada também uma péça denominada "opa" em nosso meio. Essa opa não tem mangas, é do comprimento do avental e consta só da parte posterior, que é lisa. Na frente cruzam duas tiras, as quais saindo dos ombros, vão passar por duas alças, colocadas uma de cada lado da cintura, sendo depois amarradas na frente. Fig. 14 e 15.

A opa deve ser confeccionada do mesmo tecido e côr dos aventais.

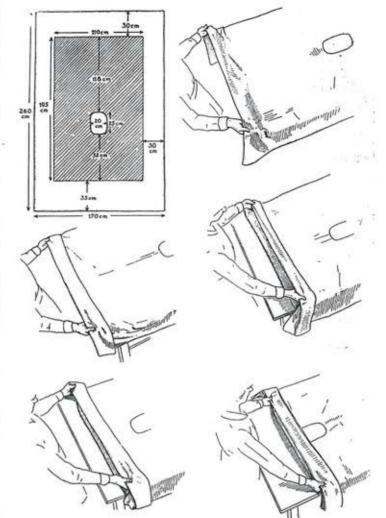


FIG. 4 (Aseptic Treatment of Wounds - fig. 104)

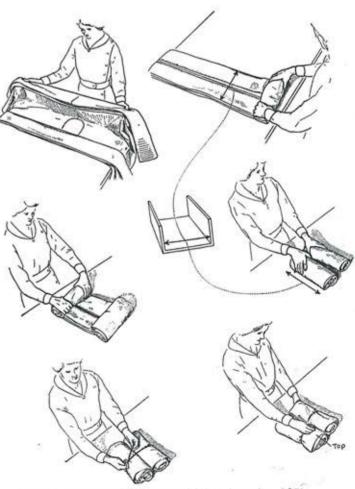


FIG. 5 (Aseptic Treatment of Wounds - fig. 105)

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

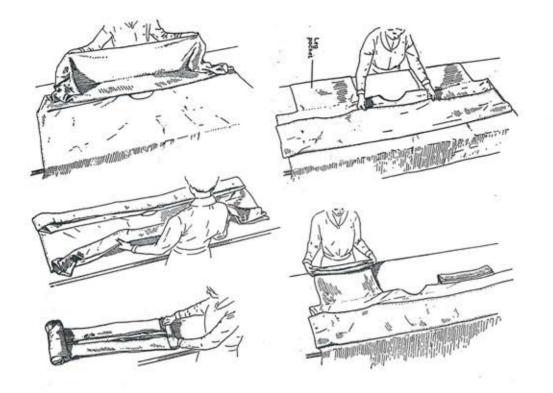


FIG. 14 — Modelo de "OPA", utilizada para se evitar a contaminação das mesas de instrumental ou mesa operatória com a parte de traz do avental que não é considerada estéril.

FIG. 15 — Uso da "opa"; as duas tiras superiores são cruzadas na frente, passadas por duas algas e amarradas.

FIG. 6 — Técnica para dobrar campos para períneo. Antes de serem feitas as pregas, dobram-se as partes com formato de bota, que estão ao lado do orifício central e que servirão de proteção às pernas. (Carl Walter — Aseptic Treatment of Wounds — fig. 108)

FIG. 17 a 20 — Modelo prático e eficiente de máscara, vendo-se as diferentes etapas de seu confeccionamento.

FIG. 7 a 13 — Técnica para dobrar aventais cirurgicos. (Carl Walter — Aseptic Treatment of Wounds — pógina 111)

FIG. 22 — Turbante. Um dos seus requisitos é que permaneça seguro na cabeça, para tanto deve ter uma parte que se estenda à testa.

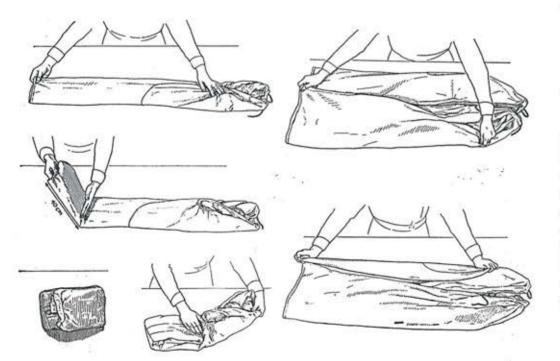


FIG. 23 — Turbante Triangular. Este tipo é mais simples, econômico e prático, permitindo lavar e passar com facilidade. Para colocá-lo, dobra-se o vertice do triangulo e deita-se o sôbre a testa; amarram-se as outras duas partes, no alto da cabeça; dapois de ajustadas são amarradas na região occipital.



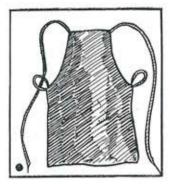


FIG. 15



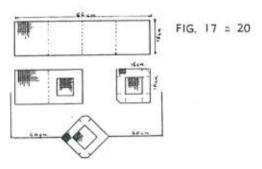




FIG. 22



FIG. 23

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

3 - Máscaras, gorros e turbantes

- a) Tipos de máscaras
 - 1) Para Sala de Operações
 - Para molestias contagiosas do aporelho respiratório.

1. Máscara para Sala de Operações — Finalidades

Uma das fontes de contaminação do ar ambiente é a descarga de germes provenientes do naso-faringe. Isto se dá através de espirros, tosse, conversa e risos. Logo, é importante o contrôle dessas atividades durante a permanência na Sala de Operações, assim como o uso de máscaras. Estas auxiliarão a diminuir o número de germes existentes no or da Sala de Operação, desde que sejam usadas de maneira adequada e que as seguintes regras sejam observadas:

- a) Novas máscoras devem ser lavados ontes de postas em uso, para aumentar o poder de filtração.
- As máscaras devem se ajustar bem ao rosto cobrindo o narix e a boca, forçondo assim o ar a passor através das mesmas.
- c) As méscaras devem ser mudadas tantas vezes quanto possível. O uso da mesma máscara durante longo tempo diminue sua eficiência.
- d) Como as máscaras não oferecem 100% de proteção, pessõas com infecção do árvore respiratória devem permanecer longe da sala.

Um modelo de máscara de grande conveniência pora Sala de Operações é o que se vê na fig. 16 Ela é confeccionada com 6 comadas de gaze ou então, com uma camada de tecido de molhas bem fechadas, cretone por exemplo.

Esse tipo de máscara se adata bem do rosto. Quando em uso, para se evitar que escorregue e soia do lugar, faz-se uma dobro de 6 mm, na parte superior da máscara, na raiz do noriz. Se a pessoa usa óculos, a fim de que as lentes não fiquem embaçodas com o ar expirado, basta inserir um fio de cobre ou aluminio, na bainha da parte superior da máscara, a qual então se ajustará à conformação do nariz.

Não há necessidade de esterilizar as máscaras que vão ser usadas na Sala de Operações. Elas devem ser openas bem lavadas e passados.

Máscaros para moléstias contagiosas de aparelho respiratório

a. Finalidades

Até que sejam descobertos outros meios mais seguros de proteção, deve ser usada máscara por todos aqueles que estão em contato com doentes contagiantes. Aqui também o valor da máscara depende do modelo, e da maneiro como a mesma é usada.

Numa série de estudos sóbre tecidos de composição e resistência variadas, chegou-se à conclusão de que a lavagem contínua aumenta a eficiência na filtração das bactérias sem dificultar a passagem do ar. Assim, experiências feitas com móscaras de 6 camadas de gaze, mostraram que após 21 lavagens elas conservavam 97% de poder de filtração.

Muitos preconizam o uso de máscoras de 2 comadas de gaze ou de papel especial, tendo porém, um pedaço de celofane inserido na parte central.

Além do tecido com a qual é confeccionada, também o modelo é de grande importância. O tamanho da máscara deve permitir completa cobertura de nariz e boca. Um modelo muito prático e eficiente é o que se vê na fig. 17. Ela é confeccionada da seguinte maneira:: Corta-se um pedaço de gaze de 0,64 X 0,16 m, de modo a permitir quatro dobras de ... 0,16 X 0,16 m, como se vê na fig. 18. Dobram-se as partes, duos a duas, e colocase um quadrado de duas camadas de gaze entre essas partes, como se vê na fig. 19. Fe-

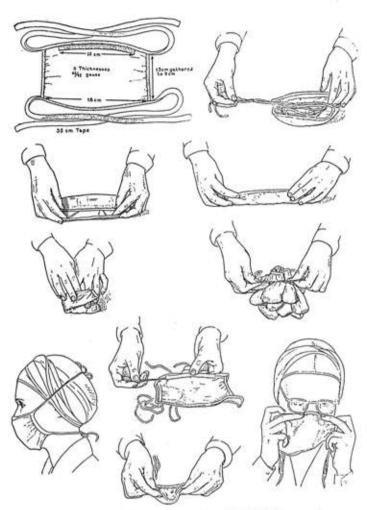
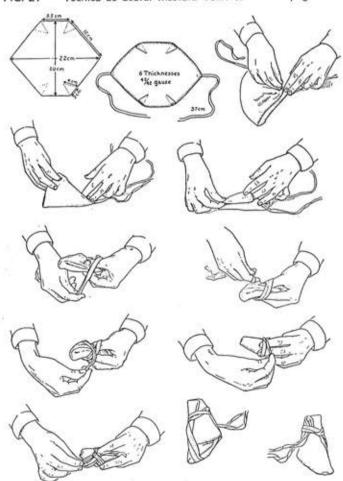


FIG. 16 — Modelo de Mascara cirurgica. (Carl Walter — Aseptic Treatment of Wounds — pág. 124)

FIG. 21 — Técnica de dobrar mascara (Carl Walter — pág. 125)



cham-se essas partes de modo a formar um quadrado de 0,16 X 0,16 m. Picota-se, numo distâncio de 1,5 a 2 cm, dois angulos diagonalmente opostos e faz-se de cada lado desse recorte, uma pence (fig. 20). Em seguida arremata-se a máscara com cadarço, deixando o mesmo prolongar-se codo lado, formando duas tiras de 0,40 m.

b) Considerações gerais

A máscara não terá valor, se não for usada de maneira adequada, isto é, cobrindo nariz e boca.

Ela deve ser mantida no lugar enquanto em uso, e não deve ser novamente aproveitado, uma vez que for descida ao pescoço.

Ela deve ser usada no máximo 40 minutos. As mãos devem ser lavadas antes de colocar o máscara e novamente lavadas antes de retira-la.

As máscaras depois de usadas devem ser desprezadas num recipiente especial. Elos devem ser lavadas e esterilizadas antes

de serem novamente usadas.

c) Esterilização

A fig. 21 ilustra a maneira de dobrar as móscaras, a fim de facilitar seu uso. Depois de dobradas podem ser empacotadas em campo de algodãozinho crú, e esterilizadas na autoclave, à 121° C, 15 libras de pressão, durante 30 minutos.

4 — Gorros

Os gorros podem ser confeccionados do mesmo tecidos e côr dos aventais e campos. Eles devem ser de diversos tamanhos e como têm dois amarilhos no parte posterior, poderão ser perfeitamente ojustados na cabeça. **Não há necessidade de esterilização**, bastam que sejam bem lavados e passados.

5 — Turbantes

A finalidade dos turbantes é cobrir completamente os cabelos. Eles, assim como os gorros, podem ser da mesma côr dos campos e aventais desde que essa seja também a côr utilizada para o uniforme da circulante.

O turbante deve ser simples, mos que permaneça seguro na cabeça, ao invés de estar sempre fóra do lugar, como acontece com certos modelos comumente usados. Para isso, deve ter umo parte que se extenda à testa, servindo tombém, para proteger os cabelos caidos sôbre a mesma. Um modelo que preenche êsses requisitos, apesar de ser de confecção um tanto complicada, e não muito prático para lavar e passor, é o que se vê na fig. 22.

Existe outro tipo de turbante, mais simples, económico e prático e que depois de colocado, tem o

mesmo aspecto que o acima descrito.

Ele tem a forma de triôngulo. Com um quadrado de tecido fino, medindo 0,90 x 0,90 m, cortado ao meio no sentido diagonal, têm-se dois turbantes. A maneira de colocá-lo é o seguinte:

Dobra-se para dentro uns 4 ou 5 cm do triângulo, e coloca-se sôbre a testa. A fixoção desta parte é feita amarrando-se as outras duos partes no alto da cobeça. Depois elas são ajustadas de cada lado, e amarradas atroz, na região occipital. O turbante é então ajustado de acôrdo com a conformação da cabeça, como se vê na fig. 23.

G — Empacotamento

A roupo usada em S. O. deve ser empacotoda pois somente assim poderó ser manejada por pessõas não escovadas e estocada até o momento de ser usada. Idealmente êsse pacote deve ser suficientemente grande para conter o material necessório a uma intervenção cirúrgica e disposto de tal forma que, quando o pacote é aberto, o conteúdo apresenta-se na ordem de uso.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL, 18 - 1963 Isso é muito importante porque evita desnecessária perda de tempo na montagem da sala e a longa exposição do material ao ar ambiente.

A coberta exterior do pacote pela sua permeabilidade facilitará a penetração do vapor no interior do mesmo, mas deve ser colocada firmemente, de maneira que o pacote não se abra e o material fique contaminado. Finalmente essa coberta serve também de proteção ao material colocado dentro, quando o pacote é coberto na sala por pessôa não escovada (circulante).

A fim de satisfazer os requisitos bacteriológicos, deve ser conhecido qual é o período de exposição ao vapor necessário ao pacote de maior tamanho. Este foto é tão importante como determinar a qualidade do vapor usado na autoclave, porque o melhor agente bactericida não terá valor, se não entrar em contato com todos os germes existentes no pacote.

Para se assegurar perfeita esterilização da roupa torna-se mister haver uma estandartização no empacotamento, senão fica sem efeito mesmo o mais conciencioso manejo do aporelho.

Um bom exemplo de tal estandartização é o pacote de laparotomia "Lap".

O pacote mede 55 X 33 X 22 cm e está preparado de tal maneira que o vapor saturado entra em contato com todo conteúdo em 14', após o termômetro marcar 121º C; O tamanho, a forma, a disposição interna do material contribuem para êsse resultado.

Os princípios gerais de empocotamento do "Lap" seguem abaixo discriminados, sendo diferente a disposição interna do moterial, segundo sejam usados, campos com orifício ou campos lisos.

1.º — A peça de madeira ilustrada na fig. 24 º limita o tamanho e a forma do pacote a uma dimensão estandar a qual permite uniforme penetroção de vopor no mesmo. Essa dimensão também facilita o arranjo dos pacotes que vão ser esterilizados, dentro do carro da autoclove.

O pacote é amarrado com 3 metros de barbantes n.º 1. O emprêgo de barbante é mais recomendado do que o uso de alfinetes porque não estraga o tecido da coberta, que assim durará mais tempo; evita provável contaminação através dos orifícios feitos pelos alfinetes; previne o empacotamento muito apertado, o qual dificultaria a entrada do vapor no pacote.

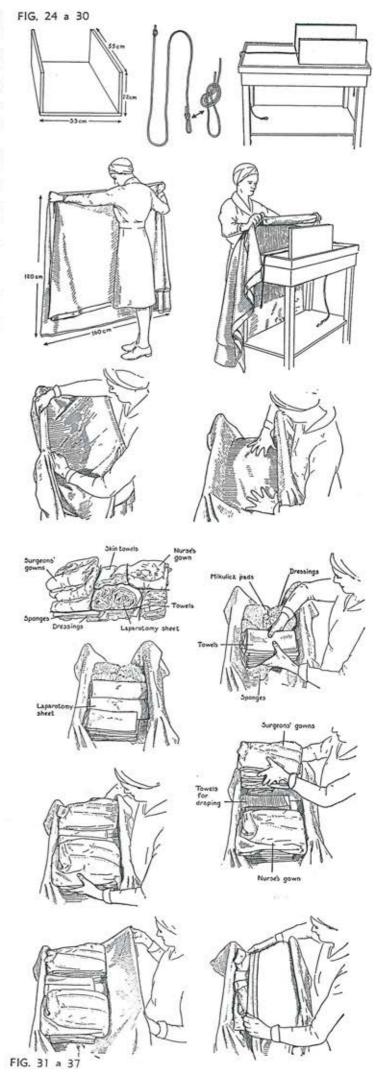
O amarrilho é preparado da seguinte forma: faz-se um nó simples numa das extremidades para evitar que se desmanche e na outro um nó com laçada de 7 cm, fig. 25.

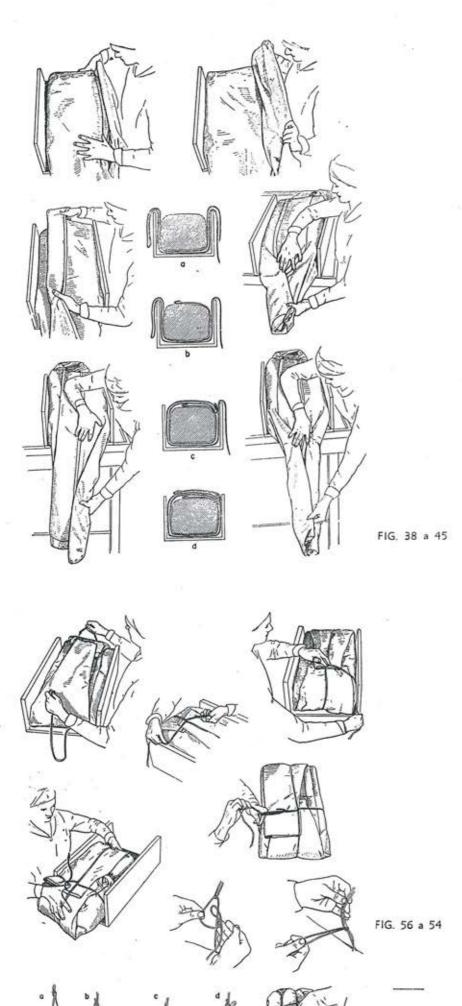
A peça de madeira é então colocada na mesa da Secção de Roupa, em posição idêntica à que ficará o pacote na S.O., fig. 26. O amarrilho de antemão preparado é posto no parte inferior e interna da peço, sendo que fica caida à sua esquerda num comprimento de 0,60 m, a extremidade que tem o laço.

A coberta exterior é feita de dois campos simples de 1,60 X 2,28 m, unidos e dobrados ao meio, de maneira o ter quatro camadas de espessura, 1,60 m de comprimento e 1,20 m de largura, fig. 27. Ésses campos devem ser arrumados dentro da peça de madeira de maneira a cobrir tôda a mesa, fig. 28, 29 e 30. Éles servirão de proteção estéril à mesa da S. O. quando o pacote for aberto. Pode, também, ser usada uma coberta dupla por fora e umo simples por dentro.

O material usado durante a intervenção (gazes, compressas, compos) é colocado na camada inferior, figura 31, e o material usado antes da intervenção, é posto na camada superior. Entre essas camadas, na parte central, é colocado o campo de laparotomio, anteriormente dobrado em forma de leque e enrolado de modo a facilitar sua colocação na órea operatória, fig. 32.

Esse campo é a chave da boa esterilização porque quando dobrado e enrolado de acôrdo com a técnica e colocado com acerto no pacote, provê canais para a rópida penetração





do vapor, pois subdivide o interior do mesmo em cinco secções menores, fig. 33.

Três aventais dobrados são colocados à direita do campo de laparotomia, fig. 34, e o avental do instrumentador à esquerda. Campos menores para proteção da pele são colocados em cima, fig. 35. As duas camadas inferiores da coberta são postos através da parte superior do pacote, fig. 36 e 37, e faz-se uma pequena dobra, que serve para a pessõa montar a sala, abrir o pacote sem contaminá-lo, fig. 38. A parte oposta é então puxada em direção e enfiada no espaço entre o material e as camadas inferiores da coberto, sendo feita também uma pequena dobra, fig. 39.

As duas camadas superiores restantes são colocadas por cima do pacote com uma dobra na extremidade de maneira a completar o empacotamento, fig. 40 e 41.

Essas três camadas superpostas da coberta exterior têm a finalidade de prevenir acidental contaminação por pessõas descuidadas, ou a penetração de germens através da poeira, pois esta ficaria retida no fundo de saco ou "cul du sac", formado pela segunda camada da coberta, fig. 42.

l'ermina se o pacote dobrando-se as pontas laterais caidas, como se faz em outros pacotes, fig. 43, 44 e 45. As duas extremidades do amarrilho são seguras uma em cada mão, fig. 46 e cruzadas em cima, no centro do pacote. A laçada maior é segura com o polegar esquerdo e a outra com a mão direita, fig. 47. O pacote é levantado da peça de madeira e passa-se o barbante por baixo do mesmo, fig. 49 e 50, e depois através da laçada, fig. 51. Puxa-se fortemente o barbante fig. 78-26). Puxa-se fortemente o barbante poro ficar firme e um nó simples é feito, fig. 52 e 53. E' então marcada a data de esterilização com lapis preto, figura 54. Essa é a técnica de preparo do Lap, preconizada por Dr. Carl Walter, autor do livro "Aseptic Treatment of Wounds", aindo usada em alguns hospitais dos Estados Unidos.

Outro tipo de Lap é o que segue abaixo discriminado:

1 - Componentes:

- b) Coberta simples de cretone de 1,20 x 1,20 m.
- c) 6 campos duplos (campos simples dobrados ao meio).
- d) 5 campos simples (de 1,50 x 1,50 m.);
- e) 10 campos médios (de 0,90 x 0,90 m.).

NOTA: Não se deve colocar material de aço inoxidável (cubas, quadrada, rim ou redanda) dentro do "Lap", pois apesar de ser de grande vantagem no preparo da Sala, prejudica a esterilização do pacote, porque êsse material pode reter, no seu interior, o ar que sai dos tecidos, ou impedir a saida do mesmo.

Quando os aventais não fazem parte do Lap, como no último tipo descrito, éles são empacatados em número de dois, com coberta dupla de 0.70×0.70 m e amarrados com barbante.

LIVRO TECNICA ASSEPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — ROUPA E DOBRADURA HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

MEDIDAS DE PROFILAXIA PARA EVITAR A CONTAMINAÇÃO DO CATGUT PELO CLOSTRIDIUM TETANI E O U TROS GERMES PATOGÊNICOS

PROVAS DE ESTERILIDADE EM CATGUT, GAZE E ALGODÃO

ARIOSTO BULLER SOUTO

A preparação de um fio cirúrgico estéril, resistente, flexível e reabsorvível, na intimidade dos tecidos, depende muito da preparação inicial da tripa e dos métodos que permitam obter tripa couco contaminada. Todos os pontos da técnica devem ter êste objetivo fundamental: trabalhar com rapidez a fim de obter matéria prima com muito poucos micróbios. A resistência, a flexibilidade e a reabsorção não poderão mais tarde ser sacrificados pela esterilidade. Assim todos os cuidados deverão ser excepcionais no sentido de evitar a invasão microbiana das tripas.

AMBIENTE — As condições do ambiente são essenciais. As salas devem ser ladrilhadas e empermealizadas, com pisos lavóveis e mesas perfoitamente desinfetadas, todo equipamento deve ser imputrescívol e inoxidável, deve ser fácil o acesso das soluções antissépticas em todos os recantos.

As fases finais devem ser realizadas em ambientes isentos de pó. O enchimento e os contrôles finais de esterilidade deverão ser realizados em salas assépticas, bacteriològicamente controladas. UTENSÍLIOS — Devem ser de material que permita fácil desinfecção. Todos os utensílios empregados nas fases finais serão bacteriològicamente estéreis.

PESSOAL — Cada grupo de operário deverá ser destinado a uma classe de trabalho. Os operários encarregados de retirar as matérias fecais não devem ser empregados em quaisquer outras operações adiantadas, devido a sua condição de fortemente contaminadas.

O uso de solução antissépticas para lavagem constante e rigorosa das mãos, com escôva para as unhas, gorro e avental, previamente desinfetadas, deve ser rigorosamente obrigatório a todo pessoal da fóbrica.

O exame de saúde dos empregados deve ser obrigatório. Os portadores e eliminadores de germes patogênicos devem ser afastados dêsse serviço.

Deve-se, assim, trabalhar com tripas frescas, e mantidas sempre em ótimas condições.

RASPAGEM DAS TRIPAS — E' necessário raspar as tripas para desembáraçá-las da camada mucosa e da camada muscular, permanecendo sòmente a camada submucosa, a única que interessa na preparação do fio cirúrgico.

A camada mucosa da tripa fresca, geralmente é a única contaminada.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P Í T U L O — F I O S DE S U T U R A HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963 A camada submucosa é estéril, em condições normais, não contém micróbios. Assim, deverá haver todo cuidado durante a raspagem para que os micróbios da camada mucosa não contaminem a submucosa que é estéril. Sendo impossível matar os micróbios da camada mucosa, deve-se fazer todo o possível para que a contaminação da camada não atinja a submucosa. Assim, antes da raspagem, fazer um tratamento de pré-esterilidade que permitirá melhorar as condições bacteriológicas da camada mucosa. O tratamento de pré-esterilização deve ser realizado por meio de so!uções aquosas iodadas. E' preferível empregar a solução iodada devido a seu alto poder de penetração através dos tecidos. Antes da raspagem, as tripas devem ser imersas, no mínimo, vinte e quatro horas e no máximo, até trinta e seis horas em um banho contendo:

lodo			0,5 %
lodeto de potássio			0,25%
Água descalcificada	q.s.p		100 cm ³
Álcool a.s.p. disso	lver o joc	do	

O pH desta solução deverá ser acertado a 4,8 com um tampão de acetato de sódio/ácido acético.

A temperatura do banho deveró ser ligeiramente superior à temperatura ambiente da fábrica, mais ou menos uns cinco gráus. A raspagem se fará tanto quanto possível sôbre a ação dêsse banho antisséptico iodado a fim de evitar que os micrósbios da camada mucosa penetrem na camada submucosa que é classicamente estéril. A raspagem se fará em local especialmente destinado a essa classe de trabalhos. Antigamente muitas fábricas conservavam as tripas, durante muito tempo nos banhos alcalinos, a fim de facilitar a raspagem, porém, atualmente, os banhos têm sido abandonados, porque facilitam a invasão microbiana da submucosa

O excesso de iodo será retirado depois pela solução esterilizada sequinte:

Hipossulfito de sódio	. +	10 g
Carbonato de sódio		10 g
Água descalcificada	•	980 cm ⁸

O excesso de iodo poderá, também, ser retirado empregando-se o alcool com 70 ou 90 graus. Deverão ser feitos os controles de pré-esterilidade da submucosa.

A educação do pessoal no sentido de incutir a consciência da própria responsabilidade é rigorosamente indicada. O operário deverá compreender o motivo do emprêgo de todo o seu esfôrço para trabalhar com limpeza e com o máximo de apuro, a fim de evitar contaminações bacterianas. Nas fases finais, operários mais qualificados só devem trabalhar com máscaras, aventais, luvas e gorros esterilizados, principalmente aquêles das salas assépticas de enchimento e fechamento. Porém, mesmo nas fases iniciais da preparação da tripa, os operários devem lavar as mãos e os braços com soluções antissépticas, frequentemente, e as unhas devem ser cortadas curtas e lavadas com escovas. As unhas, em geral, dão depósito de germes e fontes de recontaminações. Os portadores de resfriados, bronquites e outras enfermidades das vias respiratórias não poderão trabalhar na preparação do fio cirúrgico nas fases finais. Será proibido o trabalho de operários em tais condições nas salas antissépticas. Será rigorosamente vedada a entrada de simples visitantes nestas salas, assim como do pessoal estranho ao serviço que nelas se realiza.

CONDIÇÕES BÁSICAS — A esterilização de fios pouco contaminados, que foram preparados com o máximo cuidado desde as fases iniciais, é relativamente fácil. Porém é absolutamente impossível obter um bom fio cirúrgico trabalhando com material muito contaminado. Sem fios bem preparados, obtidos a partir de material pouco contaminado, não será possível conseguir fio cirúrgico estéril e em condições físicas capazes de preencher as exigências dos coeficientes mecânicos.

ÁGUA EMPREGADA - A água empregada nas diferentes manipulações, jamais poderá ser, dura, de natureza calcárea. E' indispensável o tratamento prévio destinado a obter água sem cálcio. COLHEITA DA TRIPA - Imediatamente após a morte do animal, um operário especializado deverá fazer a remoção do intestino delgado, parte jejunoileal. Os intestinos serão imediatamente colocados em caixas térmicas portáteis, prèviamente desinfetadas. A temperatura baixa evitará a penetração microbiana através da mucosa. Os fermentos digestivos diminuem a resistência do material, a proliferação microbiana nas camadas mais profundas tornaró as tripas impróprias para a preparação do fio cirúrgico. Dessa maneira é da primeira fase que irão depender tôdas as demais condições do fio cirúrgico: resistência, esterilidade e facilidade de absorção. E' a fase mais importante. Os fermentos digestivos e os micróbios são os maiores obstáculos na obtenção de um bom fio cirúrgico.

As tripas deverão ser desembaraçadas, imediatamente, das matérias fecais, sendo necessário fazer passar um fluxo forte de água. Em seguida, deve-se passar no interior das mesmas uma corrente de Javel em solução fraca. Tal solução deverá permanecer no interior das tripas até o momento da utilização das mesmas, podendo ser as suas extremidades amarradas a fim de conservar no seu interior a água de Javel.

Os intestinos mais envelhecidos são mais macios e mais fáceis de trabalhar, entretanto quanto mais velhos, mais difícil se torna obter depois um fio cirúrgico em boas condições.

DIVISÃO DA TRIPA EM FITAS — Depois de raspada a tripa deverá ser dividida em fitas. As fitas serão colocadas em banho de peróxido de hidrogênio a 5%, neutralizado pelo amoníaco ou pelo carbonato de cálcio ou, pelo borato de sódio a 10% até pH-8. O título da solução de peróxido poderá ser dosado pelo permanganato de potássio, empregando-se o Ureômetro de Bouriez. O banho de peróxido deverá ser mantido na obscuridade, pois o mesmo se decompõe ràpidamente sob a ação direta da luz. Deverá ser renovado com muita frequência

TORCEDURA — As fitas, ainda úmidas de peróxido, o que permitiró uma esterilidade maior, serão reunidas e torcidas em fios, de acôrdo com o diâmetro desejado. A torção aumenta a flexibilidade, porém, uma torção excessiva diminui a resistência, daí a torção deve ser suficiente apenas para assegurar a perfeita aderência das fitas.

DESSECAMENTO — Os fios ainda úmidos, montados em bastidores e distendidos separadamente serão introduzidos em câmaras especiais onde o enxofre é queimado. O enxofre deposita-se na superfície do fio concorrendo para a esterilização do mesmo e também para o seu clareamento UNIFORMIZAÇÃO DA SUPERFÍCIE E LUSTRAGEM — São feitos concomitantemente em lixadores especiais com auxílio de finíssimo pó de pedra pomes, de caseina seguidos de parafina ou vaselina para dar o brilho.

DETERMINAÇÃO DO DIÂMETRO — A determinação do diâmetro dos fios cirúrgicos deve ser realizada em ambiente com umidade e temperatura constantes. A umidade relativa deve ser de 65 por cento (± 2 por cento) e a temperatura de 21°C (± 1°C).

APARELHOS — A medida do diâmetro dos fios cirúrgicos deve ser procedida em aparelhos dotados de mostrador circular graduado em centésimos de milímetros que apliquem sôbre o fio um pêso constante.

Nos aparelhos mais usados, a agulha do mostrador é ligada a uma haste com pé circular de 12,7 mm (\pm 0,02 mm) de diâmetro, que se apoia numa base circular de cêrca de 5 cm. A carga total, aplicada ao fio, é de 210 g (\pm 3 g). As superfícies, inferior de pé da haste e superior da base, devem ser planas a 0,005, e paralelas entre si a 0,005 mm.

TÉCNICA — O diâmetro dos fios cirúrgicos de natureza orgânica, acondicionadas sem líquido conservador é determinado, após exposição das mesmas durante 4 horas, no mínimo, em atmosfera com a umidade e temperatura anteriormente assinaladas. Os fios acondicionados em líquido conservador são submetidos, à prova imediatamente após sua remoção do líquido, sem secagem prévia.

Coloque o fio no aparelho de modo que o mesmo passe pelo centro da base circular, e, com o auxílio da alavanca, desça lentamente o pé da haste móvel, até que tôda a carga seja aplicada; faça a leitura.

Considera-se um fio como um segmento contínuo acondicionado em envelope, carretel, rolo, meada ou tubo.

Determine o diâmetro em três pontos correspondentes aproximadamente, a 25.50 e 75 por cento do comprimento do fio.

Nos fios trançados, realize duas medidas cruzadas em cada ponto. O diâmetro de cada ponto será a média das leituras feitas. O diômetro médio do fio deverá estar compreendido entre os limites indicados na tabela I para o número no rótulo. A média dos diâmetros mínimos encontrados não deve ser inferior ao diâmetro médio especificado para o número imediatamente abaixo do fio examinado. A média dos diâmetros máximos determinados não deve exceder ao diâmetro médio especificado para o número imediatamente acima do fio submetido à prova, nos três pontos correspondentes aproximadamente a 25.50 e 75 por cento de seu comprimento e de acôrdo com a técnica. Utilize nêste ensaio, no mínimo 3 tubos de uma só caixa ou dose tubos de uma partida. Pelo menos dois dos valores encontrados em cada fio deverão estar compreendidos entre os limites indicados na tabela para o número respectivo, com a tolerância de mais ou menos 10 por cento. Mensuração alguma deverá exceder os limites dos números imediatamente acima ou abaixo do examinado.

Tabela I

DIÂMETRO DOS FIOS CIRÚRGICOS ABSORVÍVEIS

NÚMERO	Não f	ervível	Fervivel			
	Min.	Máx.	Min	Máx.		
0000000, 7-0	0,03	0,07	0,03	0,05		
000000, 6-0	0.07	0.12	0.05	0,10		
00000, 5-0	0,12	0.18	0,10	0,15		
0000, 4-0	0.18	0.24	0,15	0,20		
000, 3-0	0.24	0.32	0,20	0,26		
00, 2-0	0.32	0.41	0,26	0,33		
0	0.41	0.50	0,33	0,41		
1	0.50	0.59	0,41	0,49		
2	0.59	0.68	0,49	0,56		
3	0.68	0.77	0,56	0,64		
4		0.87	0,64	0,71		
5	0.67	0.98	0,71	0,81		

LIVRO TECNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO C A P I T U L O — F I O S DE S U T U R A HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL, 18 - 1963

Tabela II

DIÂMETRO DOS FIOS CIRÚRGICOS NÃO ABSORVÍVEIS

NÚMERO	DIÂMET	K 0 — m
NUMERO	Mínima	Móxima
0000000, 7-0	0,03	0,05
000000, 6-0	0,05	0,10
00000, 5-0	0,10	0,15
0000, 4-0 000, 3-0	0,20	0,26
00, 2-0	0,26	0,33
0	0,33	0,41
1	0.41	0,49
2	0,49	0,56
3	0,56	0,64
2 3 4 5	0,64	0,71
5	0,71	0,81

DETERMINAÇÃO DOS COEFICIENTES MECÂNICOS — Determine a resistência à tração direta e sôbre nó, de acôrdo com a técnica, utilizando 1 metade do fio para cada prova. A resistência mínima de cada número, representada pela média obtida no mínimo com 3 fios de uma só caixa ou 12 fios que representem amostra de uma partida, deve corresponder às especificações da tabela III.

Se o comprimento do fio for igual ou superior a 25 metros, utilize. na prova os 2 metros de fio que se seguem aos primeiros 50 centímetros.

Se o comprimento do fio for igual ou superior a 25 metros, utilize, na prova os 2 metros de fio que se seguem aos primeiros 50 centímetros.

A determinação da resistência à tração das suturas cirúrgicas deve ser realizada em ambiente com umidade e temperatura constantes. A umidade relativa deve ser de 65 por cento (\pm 2 por cento) e a temperatura de 21°C (\pm 1°C).

APARELHOS — Na determinação da resistência à tração dos fios cirúrgicos, os aparelhos devem ser equipados com motor elétrico que aplique ao fio em exame, percentagem constante de carga por unidade de tempo.

1 — Aparelhos que aplicam o princípio do plano inclinado

a) Especificações — Os prendedores devem ser do tipo de rôlo com superfícies planas para a fixação dos fios. O diâmetro do rôlo deve ser de 1,8 a 1,9 cm e as superfícies planas devem ter no mínimo 2,5 cm de comprimento. A distância entre os prendedores deve ser 12,5 cm. O atrito do carro da carga não deve ultrapassar a 2,5 por cento. O aparelho ao ser colocado em funcionamento, o carro deve estar na metade de seu percurso e os prendedores sem fio e a pena resgistradora ajustada na linha do zero. A parte vertical da curva inscrita não deve ultrapassar a 2,5 por cento da capacidade do gráfico.

A velocidade de inclinação do plano deve ser regulada de modo a serem necessários 20 segundos (± 1 segundo), a contar do início da prova, para que a inclinação máxima de 30° seja atingida. b) **Técnica** — Determine a resistência à tração dos fios cirúrgicos, observando os mesmos cuidados preliminares exigidos para a prova da determinação do diâmetro. Ajuste o pêso do carro de modo a ser necessário a aplicação de 20 a 80 por cento da carga, para provocar a rutura do fio em exame e fixe o gráfico no suporte.

Coloque o fio na móquina prendendo uma das extremidades e passando a extremidade livre pelo outro prendedor. Aplique nesta última uma tensão equivalente a 1/4 da resistência mínima exigida para o fio cirúrgico em exame e aperte o segundo prendedor. Ajuste a pena inscritora no zero do gráfico e ponha o aparêlho em funcionamento; anote a leitura e avalie a resistência. Despreze a determinação tôda a vez que o fio se romper em ponto próximo (até 1,25 cm) dos prendedores.

Determine, além da resistência à tração direta acima descrita, a resistência à tração sôbre nó cirúrgico (Tabela IV) executando,

no fio em exame, um nó de cirurgião sôbre um segmento de 2 cm de comprimento de um tubo de borracha flexível de 6,5 mm de diâmetro. Coloque a sutura no aparelho de modo que o nó fique equidistante dos prendedores.

2 - Aparelhos de pêndulo

a) Especificações — Os prendedores devem apresentar as mesmas características dos que são utilizados nos aparelhos que aplicam o princípio do plano inclinado. A distância entre os prendedores deve ser de 25 cm. A velocidade do afastamento dos prendedores, durante a prova, deve ser de 30,5 cm (± 1,3 cm) por minuto. b) Técnica — Proceda de modo análogo à técnica descrita anteriormente (lb), estando o aparelho regulado de modo que a rutura do fio se verifique quando o pêndulo forme com uma vertical um ângulo de 45°.

Tabela III

RESISTÊNCIA À TRAÇÃO DOS FIOS CIRÚRGICOS ABSORVÍVEIS

NAMERO	RESISTÊNCIA MÍNIMA — g					
N Ú M E R O	À Tração Direta	À Tração sôbre Nó Cirúrgico				
0000000, 7-0	115	60				
000000, 6-0	225	115				
00000, 5-0	450	225				
0000, 4-0	900	450				
000, 3-0	1350	900				
00, 2-0	2250	1350				
0	3150	2250				
î	4500	3150				
2	5850	4050				
3	7250	4950				
4	9050	5850				
5	1 11300	1 7700				

Tabela IV

RESISTÊNCIA À TRAÇÃO SIMPLES DOS FIOS CIRÚRGICOS

NÃO ABSORVÍVEIS

	RESISTÊNCIA M	- AMINI
NÚMERO	Não Estéril	Estéri
0000000, 7-0	115	90
000000, 6-0	225	180
00000, 5-0	450	360
0000, 4-0	900	720
000, 3-0	1350	1080
00, 2-0	2250	1800
0	1 3150	2520
1	4500	3600
2	1 5850	4680
3	1 7250	5800
4	9050	7240
5	1 11300	0040

EMBOBINAMENTO — O fio deverá ser embobinado de preferência em bobinas de vidro desinfetadas pelo formol. São utilizadas máquinas especiais para enrolar o fio.

DESENGORDURAMENTO — E' essencial para obtenção de fio cirúrgico estéril. Poderá ser obtido, satisfatòriamente, por vários métodos:

- 1) pondo os fios embobinados, durante 24 horas, em solução etérea de bicloreto de mercúrio a 1:1.000 e mudando a solução etérea ao fim daquele período.
- 2) pondo os fios no aparelho de lixiviação de Soxhlet (extração contínua);

- submetendo os fios à corrente contínua de éter por meio do lixiviador de Soxhlet;
- 4) extraíndo, no Soxhlet, e por 4-6 horas, com álcool filtrado contendo 1:1.000 de iodo, e depois, extração pelo éter em período de tempo igual (também se podem empregar sulfureto de carbono, benzeno, clorofórmio ou acetona).

DESIDRATAÇÃO — E' operação fundamental para obtenção de fios estéreis, resistentes e flexíveis. Antes de esterilizados os fios para ficarem isentos de água, sofrem a desidratação perfeita que deverá se processar mui lentamente para que não se tornem quebradiços. Dois os processos desidratantes:

- 1) estufa com termostato, que se eleva de 85-90°C, em 18-20 horas;
- 2) sôbre corrente de ar filtrado que alcance 80-90°C em 18-20 horas.

ESTERILIZAÇÃO — O calor é o único agente merecedor de confiança pára esterilização do fio cirúrgico. O aquecimento deveró ser lento, pois se realiza com rapidez, torna-se duro e quebradiço o fio cirúrgico. As salas destinadas à esterilização serão à prova de poeira.

Tem sido utilizados diferentes processos. Assim Petit empregou o álcool anidro à 130°; Beslier e Carrière utilizaram a benzina; Repin, os vapores de álcool absoluto; Triollet os vapores de acetona durante 40 minutos; Guebert e Beaudoin o clorofórmio e Keening o cumol. O processo de Koening é o mais aconselhável. O produto, prèviamente desidratado e embobinado, colocado em cestas especiais será depositado em recipiente contendo cumol.

Designam-se por cumenos vários hidrocarbonetos (C9H12) de série que, teòricamente, possui oito representantes, dos quais os mais importantes são a propibenzina que ferve a 156°C, e a trimetil-benzina. Todos solúveis em álcool, em éter, agem como dissolventes do enxôfre e das gorduras. Não se confunda o cumol com cumero. Este tem ponto de ebulição a 152°C enquanto o daquele está entre 168-178°C parecendo ser mistura de trimetilbenzina, contendo pseudocumeno, mestileno e hemelitol.

O recipiente com cumol e onde se depositam as costas que bobinas de fios cirúrgicos, permanecerá em banho-maria de azeite com ponto de ebulição de 300°C e que não emite vapores a 200°C. O banho de azeite terá dispositivo que permite elevar a temperatura de 50°C em cada hora. Assim, em três horas a temperatura irá a 150°C, que se manterá por 40 minutos. O desligamento deverá ser feito automàticamente. A temperatura, de regra, leva duas horas para baixar. As vasilhas com cumol contendo as bobinas são retiradas do banho e transportadas para laboratórios assépticos. O cumol é perfeitamente escorrido e os fios se colocam em álcool prèviamente passado em vela esterilizante. Depois de bem lavados nesse álcool colocam-se em tubos esterilizados com solução alcoólica conservadora contendo iodeto de mercúrio e iodeto de potássio.

ENCHIMENTO - A colocação das bobinas dentro dos tubos esterilizados prèviamente e com solução conservadora se fará em laboratórios absolutamente assépticos. Na secção os operórios traba:harão com luvas e aventais, gorros e máscaras esterilizadas. Esterilizados, serão, igualmente, todos os utensílios de trabalho. Os pequenos anteparos de vidro diminuem o perigo da recontaminação. Esses dispositivos permanecerão fechados, quando não em uso, mantendo-se aí forte concentração de formol. Os laboratórios poderão dispor de pequenas máquinas de ozona e de raios ultravioletas. Das mais importantes é a fase da transferência das bobinas do banho de álcool para o interior dos tubos estéreis e que contém solução conservadora. E' muito fácil a recontaminação e possíval em todos os casos e anulando todos os esforços dispendidos na esterilização. As soluções antissépticas conservadoras servirão para que os fios readquiram elasticidade e flexibilidade permitindo, ainda, assegurar a esterilidade exterior dos fios embobinados. A etiqueta que especifica a esterilização e o contrôle será esterilizada com os tubos de solução antistêptica.

TAMPONAMENTO — Colocada a bobina dentro dos tubos a operória passa-los-ó para uma segunda operória, e, esta, com tôda precaução, aplicaró um tampõo de algodão esterilizado por meio de pinça estéril.

FECHAMENTO — Operação que oferece grande importância será efetuada por terceira operária com as mesmas precauções rigorosas de assepsia. O rigor do fechamento deverá ser observado sob boa luz ou imergindo os tubos em uma solução de azul de metileno, ligeiramente aquecida.

PRESENÇA DE BACTÉRIAS E DE COGUMELOS EM ALIMENTOS LÍQUIDOS E SÓLIDOS, SIGNIFICADO PARA A SAÚDE PÚBLICA

ARIOSTO BÜLLER SOUTO

- O exame microbio!óg!co dos alimentos é realizado com vários objetivos:
- pesquisa de bactérias patogênicas produtoras de intoxicações e de infecções;
- II) contrôle sanitário através dos indices de poluição;
- averiguação de garmes microorganismos produtores de alterações organolépticas;
- IV) verificação de germes gasogênicos, sobretudo em alimentos enlatados;
- V) presença de fungos produtores de deterioração ou patogênicos.

PESQUISA DE BACTÉRIAS PATOGÊNICAS PRODUTORAS DE INTOXICAÇÕES E DE INFECÇÕES

II — CONTRÔLE SANITÁRIO ATRAVÉS DOS ÍNDICES DE POLUIÇÃO.

Em certos alimentos suspeitos é dificil, senão impossível, o isolamento das bactérias patogênicas ou de decomposição.

Para avaliar o estado sanitório de tais alimentos e, se os mesmos são potencialmente perigosos e capazes de disseminar microorganismos patogênicos, ou se contêm germes de deterioração e decomposição, torna-se necessário lançar mão de expedientes, embora não sejam estes os métodos ideais.

Assim foram escolhidos certos "Germes de Prova", como indicadores da poluição e da deterioração, a fim de se avaliar o estado dos alimentos.

Por exemplo, nas massas de tomate e em outros produtos alimentícios os "Germes de Prova", escolhidos para se avaliar o estado de deterioração dêsses alimentos, foram os cogumelos.

Certos microorganismos que vivem, habitualmente, no intestino humano, em contato com as bactérias patogênicas eventualmente aí localizadas, foram escolhidos como "Germes de Prova" de poluição.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO CAPÍTULO — CONTROLE DE ALIMENTOS HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963 Entre os "Germes de Prova" dessa natureza, estão os estreptococos de origem fecal, que, além de viverem no intestino humano, apresentam a circunstôncia de terem sobrevivência relativamente pequena fora do seu hábito natural, circunstôncia útil para indicar as poluições mais recentes.

Certos anaeróbios, existentes normalmente nos intestinos humanos, foram também empregados como "Germes de Prova", pois, além de denunciarem a poluição fecal do alimento, evidenciam a decomposição ativa das matérias orgânicas. As águas de boa qualidade geralmente não contêm mais do que um a dois anaeróbios por cm⁸, quando apresentam maiores quantidades dêsses organismos, podem ser consideradas como de qualidade inferior.

Entre os anaeróbios que podem ser tidos como "Germes de Prova" destaca-se o CI. sporogenes, presente nas fezes humanas de maneira quase constante, é, portanto, um bom indicador de poluição. Outro anaeróbio empregado como "Germe de Prova" é o CI. Welehii tipo A, normalmente presente nas fezes humanas.

Porém o grupo coliforme foi universalmente preferido para exprimir os indices da poluição. O representante principal dêsse grupo.

E. coli foi escolhido como o "Germe de Prova" para indicar a crigem fecal humana em água, leite, e alimentos em geral.

Sob a designação genérica de grupo coliforme, grupo coli-aerogenes ou de grupo Escherichia-Aerobeter são englobados todos os bacilos aeróbios, facultativos e anaeróbios, Gran negativos, não esporulados, que fermentam a lactose com formação de gás.

Este grupo compreende duas classes de germes:

- (a) Os de origem fecal humana ou do grupo de **E. col**isão indol positivos, vermelho de metila positivos, Voges Proskeuer negativos e não utilizam o ócido cítrico como fonte de carbono ou IMVIC ++—.

Esta separação, não muito rigorosa, mesmo admitindo o grupo inter-

mediário da E. freundii, tem uma significação sanitária restrita quando indicativa da poluição excrementicial.

No julgamento da qualidade sanitória da água, do leite e outros alimentos, a concentração da **E. coli** tem importância primordial sôbre todo o grupo coliforme, servindo no entanto, o grupo todo, como índice para avaliar os cuidados empregados durante o préparo e manuseio do alimento.

Em águas não tratadas, elevadas contagens do grupo coliforme com a presença paralela de grande quantidade de **E. coli**, indicam sempre perigo potencial para a saúde pública pela possibilidade dessa água poder conter também outros germes de poluição presentes em fezes de origem humana, tais como, as salmonellas e as shigellas.

Nas águas tratadas adequadamente, as contagens devem ser extremamente baixas. As contagens elevadas em águas tratadas indicam que o tratamento foi inadequado ou que houve recontaminação posterior.

No leite cru, em bom estado sanitário, as contagens do número de bactérias que se desenvolvem por cm³ e para o grupo coliforme não devem ser elevadas. Contagens muito altas indicam manuseio defeituose, poluição forte pelas fezes dos animais produtores de leite, envelhecimento do produto e más condições de conservação.

No leite pasteurizado as contagens devem ser muito reduzidas. Contagens altas indicam deficiência na pasteurização, recontaminação posterior, leites mal conservados ou muito envelhecidos. São também indício de que outros germes poderiam ter escapado à temperatura empregada na pasteurização, tais como M. tuberculosis, Salmonellae, Shigellae, Streptococcus patogenicos, Cor. Diphteriae, Staphylococcus, Brucellae e certos virus.

Nos cremes e nas manteigas as elevadas contagens de coliformes são indícios seguros de manipulação defeituosa e de má conservação do produto.

Nos gelados as contagens elevadas de coliformes demonstram condições sanitárias não satisfatórias do produto.

A E. coli pode ser usada como índice seguro de poluição das áreas ostriculas. As altas contagens para o grupo coliforme e para a E. coli significam que salmonellas e outros germes patogênicos poderão existir nas áreas ostrícolas. Para depuração, as ostras devem ser retiradas dessas áreas poluídas e colocadas em águas limpas ao fim de dois dias não apresentam mais E. coli.

Nos vegetais frescos a presença da E. coli pode significar que os mesmos foram irrigados com águas poluídas ou que êsses vegetais manipulados, transportados e conservados de maneira imprópria. Os vegetais irrigados com água de esgôto apresentam sempre alta incidência de bacterias coliformes.

As contagens para coliformes são sempre mais altas nos vegetais que crescem em contacto com o solo, como a alface, do que nos vegetais que se desenvolvem longe do solo. As altas contagens coliformes e da **E. coli** indicam o perígo pontencial da presença das salmonellas. A **S. typhosa** pode sobreviver no solo, onde estão sendo cultivados os vegetais até 70 a 80 dias.

Nas águas engarrafadas, não devem ser encontrados germes do grupo coliforme.

Nas bebidas gazeificadas o dióxido de carbono tem efeito esteritizante sôbre as espécies bacterianas mais frequentes de contaminação hídrica, devendo ser isentas de germes do grupo coliforme. A presença de **E. coli** nas bebidas engarrafadas indica deficiências graves na manipulação de tais bebidas assim como nos cuidados de engarrafamento e de fechamento.

III — AVERIGUAÇÃO DE MICRORGANISMOS PRODUTORES DE ALTERAÇÕES ORGANOLÉPTICAS

A decomposição dos alimentos devida à ação microbiana pode ser revelada pelas modificações no cheiro, gosto, côr, consistência, enfim na aparência geral do produto.

Como a verificação dos caracteres organolépticos é prevista pelas leis e regulamentos em vigôr para numerosos alimentos, a presença dos microrganismos que alteram tais característicos, além do significado para a saúde pública, têm interêsse legal e na técnologia industrial.

O gosto, o cheiro, a côr e a consistência podem ser profundamente alterados pela ação microbiana.

GOSTO — As modificações do sabor no alimento podem tornar impróprio para o consumo. O gosto axedo ou ácido é a alteração mais comum.

Dentre os agentes mais frequentes do gosto ácido ou azedo temos o Clostridium stearothermophilus encontrado em numerosos tipos de alimentos, provem em geral do açucar empregado na fabricação dos mesmos. O gosto azedo pode ser produzido também pelo Cl. themoaciduraas e pelo C. pasteurianum.

O gosto azedo nas farinhas e nas massas envelhecidas pode ser produzido por leveduras, cogumelos e pelo B. mesentéricus vulgatus.

No leite condensado o gosto azedo é produzido pelo B. amarus pertencente ao grupo subtilis-mesentéricus. O gosto e o cheiro de peixe do leite condensado é devido a presença do B. ichthyosmus e do B. mycoides.

Nos cremes as bacterias lipoliticas, os Achromobacter e os Alcaligenes produzem um gosto amargo. Os compostos nitrogenados
do creme são também atacados por microrganismos com produção
do gosto muito desagradável. Â presença de grande número de
microrganismos de contaminação impede a ação de germes tais
como o Strept. lactis aromaticus, Strept. cremoris, Strept. citophilus, Strept. citrovorus e paracitrovorus indispensáveis à produção do gosto peculiar ao creme e à manteiga.

Na manteiga o gosto de peixe e o gosto metálico são devidos entre outros ao B. subtilis. O gosto rançoso pode ser causado por Pseudomonas fluorescens, Serratia mareescens e por certas leveduras e cogumelos.

Nas carnes em putrefação as modificações do gosto podem ser a diferentes germes do gênero Clostridium.

CHEIRO — O cheiro tem importância para aceitação do alimento. As bactérias da putrefação, em geral, produzem cheiro extremamente desagradóvel. As modificações do cheiro podem ser causadas pela produção de compostos voláteis ou aromáticos, tais como ácidos, aldeidos, amínas, mercaptans.

Na manteira, Pseudomonas mephitica produz o cheiro muito desagradóvel. Achromobacter putrenses e Pseudomonas fluorescens produzem cheiro putrido quando crescem na superficie dêsse produto. Nos germes a proliferação dos germes lipolíticos e proteolíticos produzem cheiro que torna o produto impróprio para o consumo. Nos queijos certos germes, como B. linens, produzem cheiro característico do queijo Limburgo. O aroma particular aos queijos Roquefort e Camembert são devidos a penicilios.

Nos ovos os anaeróbios penetrando no interior dos mesmos ocasionam o apodrecimento e cheiro fético, extremamente desagradóvel, entre os anaeróbios que produzem essa alteração citam-se o CI. putrificum e o CI. sporogenes.

Nos alimentos enlatados sobretudo, nas conservas animais, a formação de hidrogênio sulfurado torna insuportável o cheiro de muitos produtos.

CÔR — As modificações da con podem ser atribuídas ao crescimento de microrganismos pigmentados ou produtores de pigmentes, ou a decomposição das cores naturais devido à oxidativa ou de outro tipo. No Instituto Adolfo Lutz foi verificada em certos palmitos enlatados uma coloração avermelhada, produzida por um micrococo cromogênico produtor de pigmento avermelhado (M. rhodochrous). No charque é frequente a coloração avermelhada produzida por diferentes microrganismos produtores de pigmento vermelho.

Pseudomonas aeruginosa (B. piociánico) produz um pigmento, a piocianina, que se difunde no alimento, tornando o mesmo inaproveitável para o consumo.

No pão B. prodigiosus ocasiona uma coloração avermelhada.

Na manteiga a coloração violeta é produzida por B. janthinus, var. butyricus, a côr rósea pelo Rhodococus rosaceus, côr verde pe:a P. fluorescens, a côr negra pelo Penicillium nigrificans.

Nas conservas enlatadas, sobretudo naquelas com alto teor em ferro, quando contaminadas pelo Cl. betanigrificans, sobrevém uma coloração negra. O Cl. nigrificans, graças à forte produção de hidrogênio sulfurado que ataca o metal das latas, enegrece as conservas enlatadas e com cheiro muito desagradóvel.

CONSISTÊNCIA — Certos microrganismos de contaminação produzem modificação na consistência dos alimentos. Da atividade microbiana pode resultar solubilização das proteínas, hidrólise dos amidos, formação do coalho no leite, produção da viscosidade no pão, amolecimento dos picles, endurecimento das frutas cítricas, amolecimento das peras, das maçãs, das bananas e de outras frutas. O pão de borracha ou pão viscoso é produzido pelo Bacillus mesentericus, var. panis ou vulgatus.

IV — VERIFICAÇÃO DE GERMES GASOGÊNICOS

A verificação de presença de microrganismos que produzem gás durante seu crescimento nos produtos alimentícios, apresenta interêsse para a saúde pública, sobretudo com relação aos alimentos enlatados. O CI. botulinum e o CI. Wilchii, dois aneróbios cujas toxinas são ativas por via oral, são gasogênicos.

O processo ideal para a conservação dos alimentos enlatados, sería a esterilização de maneira a matar todos os germes existentes no interior das latas, o que não é possível. Com efeito, existe um limite máximo para o aquecimento de cada produto enlatado. O superaquecimento além dêste ponto ideal, faz com que a conserva enlatada perca completamente o seu valor comercial.

Assim não é possível exigir a esterilidade absoluta para os produtos enlatados. Admite-se que as latas de conserva apresentem uma esterilidade relativa, denominada "esterilidade comercial".

O critério mais rápido para a avaliação da deterioração é ainda exame das superfícies das latas.

Se as extremidades estiverem entumescidas: a lata pode ter sido cheia demasiadamente, o ar impròpriamente retirado, não esterilizada adequadamente, insuficientemente resfriada ou sujeita à imperfeições que facilitam o crescimento microbiano.

O bacteriologista através dos contrôles microbiológicos verificará a presença dos anaeróbios, facultativos ou aeróbios, dos termófilos, mesófilos e psicrófilos, dos germes patogênicos ou não a fim de comprovar se o aquecimento foi suficiente para obter um produto aceitável sob o ponto de vista das condições sanitárias para a saúde pública e comercial, tendo em conta que a esterilização é sempre relativa, por condições próprias à técnologia alimentar.

A inspeção externa das latas permite as anotações seguintes: a) planas (flats); b) entumescidas (swells); c) elásticas (springers) e d) enganosas (flippers).

- a) planas (flats); s\u00e3o as latas com superf\u00edcies completamente lisas ou muito ligeiramente c\u00f3ncavas;
- b) entumescidas (Wells); são as latas com as duas extremidades abauladas, que podem ceder a pressão (soft sWell) ou resistir (hard sWell), indica deterioração do produto enlatado.
- c) elástica (springers): uma das extremidades está entumescida, pela pressão é possível vencer êsse entumescimento, mas em consequência, a extremidade oposta entumesce, as condições primitivas podem voltar (ou persistirem as novas), quando cessa a pressão.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO CAPÍTULO — CONTROLE DE ALIMENTOS HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

 d) enganosas (flippers): a superfície aparentemente normal, mas a pressão constata certo grau de depressão de uma das extremidades, vencível pela pressão da extremidade oposta. Pode ter como causa defeito de exaustão.

Não são muito nítidos os limites entre "flippers", "springers" e "swell". Sob condições de temperatura, um "flippers" pode se tornar em "pringer" ou um "springer" em um "swell". Não se consideram os "flippers" e as "springers" como índices de alteração dos produtos.

Certos microrganismos gasogênicos produzem considerável quantidade de dióxido de carbono durante o crescimento, dando ao produto deteriorado um aspecto espumejante, daí as denominações de "frothy-fermentation" ou de "Schaumgarung". Estes germes gasogênicos crescem sobretudo em xaropes, extratos de malte, sendo difícil o isolamento do germe produtor dêste tipo de deterioração.

V — PRESENÇA DE FUNGOS PRODUTORES DE DETERIORAÇÃO OU PATOGÊNICOS

Nos alimentos é restrita a importância dos fungos como causadores de doenças. Atenção maior deve ser dispensada aos fungos como de deterioração dos produtos alimentícios.

Os cogumelos são a causa da decomposição de muitos alimentos, tornando-os embolorados ou mofados, impróprios, portanto, para e consumo, pois ocasionam profundas alterações ns caracteres organolépticos e no aspecto.

No leite o **Oespona lactis** é sempre indício de haver desleixo na lavagem e na esterilização do aparelhamento. Leveduras dos grupos **Torula, Saccharomyces** e **Mycoderma** atacam a lactose com produção de gás, produzem também côr desagradável no leite e seus derivados.

A grande invasão pelas leveduras, no produto defeituosamente manuseado e ineficientemente pasteurizado, confere, ao mesmo, um típico gôsto de levedura. As leveduras podem produzir modificações na côr e no cheiro da manteiga deficientemente pasteurizada. A Mycotorula lypolítica tem importante papel na rancidêz da manteiga. Os cogumelos servem como "Germes de Prova" para indicar as manteigas, mal conservadas, preparadas com cremes envelhecidos e inadequadamente pasteurizados. A contagem dos filamentos micelianos pelo processo de Wildman, com auxílio da cômara de Howard, fornece indicações muito seguras sôbre o estado sanitório das manteigas.

Nos queijos o P. roquefertil, injetado na massa do queijo, produz típicas alterações na coloração e no gosto dêste produto; o mesmo ocorre com o P. camembertii com relação ao cheiro e ao gosto característicos.

Nas frutas, as leveduras e os bolores são responsáveis pela decomposição com alterações do gosto, da consistência, do cheiro e da cêr. Os sucos de frutas não pasteurizados são fàcilmente fermentados pelas leveduras com alteração do gosto e turvação do produto. Nos tomates, os cogumelos produzem amolecimento e emboloramento da superfície ocasionando o gosto ácido. Nos produtos de tomate os cogumelos servem de "Germes de Prova", indicadores do envelhecimento e das más condições higiênicas da elaboração.

Com auxílio da câmara de Howard, contando os campos positivos com filamentos micelianos, é possível averiguar se a matéria prima, isto é, o tomate empregado na fabricação da massa de tomate, estava em boas condições. Ainda é possível, as leveduras sendo contadas com auxílio da câmara de Howard, saber qual foi a porcentagem dos tomates podres empregados na manipulação dos produtos derivados.

Nas farinhas umidas e envelhecidas os fungos tornam as mesmas emboloradas, empelotadas, ácidas e impróprias para a panificação. O pão vermelho, às vezes, é produzido pela Monilia sitophila. O pão embolorado, impróprio para o consumo, pode apresentar altarações na côr, cheiro, gosto e consistência causados por Penicillium, Rhyzopus e Aspergillus e Mucor.

Nos produtos fermentados como picles, sauerkraut, chocolate, chó, café, as leveduras exercem papel de capital importência, tanto na fermentação adequada a fim de obter produtos de boa qualidade,

como invadindo e embolorando e tornando tais produtos impróprios para o consumo.

No açucar, diferentes espécies de bolores tais como Torula communis, Monilia nigra, Asp. niger, Asp. fumigatus e outros, produzem deterioração do produto. Os xaropes e o mel são atacados por cogumelos e leveduras dos gêneros Saccharomyces e Zygosaccharomyces que lhes alteram o gosto e produzem fermentações, inclusive o tipo conhecido como "Frothy fermentation" que é uma fermentação espumejante. PROVAS UTILIZADAS NO "INSTITUTO ADOLFO LUTZ" PARA CONTRÔLE MICROBIOLÓGICO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, VISANDO PESQUISA DE GERMES AERÓBIOS, ANAERÓBIOS E COGUMELOS

I - CONTRÔLE DE ESTERILIDADE

Graças os trabalhos da "Comissão de Padronização Farmacêutica" de São Paulo e do "Instituto Adolfo Lutz" foram estabelecidas normas técnicas para o contrôle microbiológico de produtos farmacêuticos. Essas provas foram tornadas oficiais na 2.a Edição da Farmacopéia Brasileira.

O Conselho de Farmácia e Química da "American Medical Association", em relatório publicado em 1934, acentuava ser grande a diversidade de detalhes e de rigor com que os fabricantes controlavam a esterilidade dos seus produtos. Alguns industriais chegavam mesmo a vendê-los, sem que os mesmos tivessem sido prèviamente submetidos a qualquer prova de esterilidade, confiados exclusivamente no poder antisséptico do próprio produto ou de substâncias adicionadas com essa finalidade.

As instruções elaboradas por aquêle "Conselho" para o contrôle de esterilidade do conteúdo das ampolas, aprovadas em março de ... 1934, foram, posteriormente, introduzidas na Farmacopéia Americana com modificações.

No Brasil, Arlindo de Assis, em 1926, havia descrito uma técnica para o contrôle de esterilidade dos produtos injetáveis. Empregava o sôro formulado de Legroux adicionado de caldo, peptonado e glicosado. Escrevendo: "O tubo e o meio usados por nós permitem desenvolvimento luxuriante e muito rópido para os germes habituais de contaminação, tanto aeróbios, quanto anaeróbios e us dotados de aptidão fermentadora, deixando ver com presteza, no pequeno tubo invertido, bolhas gasosas mais ou menos abundante, resultantes do ataque à glicose". Incubava o tubo semeado durante 48 horas.

Em linhas gerais as normas técnicas adotadas pelo Instituto Adolfo Lutz, foram introduzidas na 2.a Edição da Farmacopéia Brasileira para o contrôle de esterilidade.

1 — meio com tioglico- — Antes de usar, submeta o meio ao lato de sódio (M.C.1) contrôle de eficiência para verificar se após a semeadura, crescem microorganismos aeróbios e de anae-

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO CAPITULO - CONTR. DE PRODS. FARMACEUTICOS HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

A - Meios de Cultura (a)

2 - meio de Sabouraud - Antes de usar, submeta o meio ao modificado (M.C.2) contrôle de eficiência para verificar se após a semeadura crescem fungos.

> Contrôle a esterilidade do meio deixando os tubos a 22-25°C

durante 5 dias. Soluções inativantes (b)

1 — água distilada esterilizada

2 --- solução inativante A

3 - solução inativante B 4 - solução inativante C

B - Provas de esterilidade para líquidos

1 - Colheita de amostras

Para os produtos esterilizados após a distribuição e para cada operação de esterilização, colha as amostras de acôrdo com a tabela seguinte:

TABELA I

		-	WOULD THE WAY OF THE O	N.º de amostras a semea
Até	150	×		3
de	151	a	200	4
de	201	a	250	5
de	251	a	300	6
de	301	a	350	7
de	351	a	400	. 8

Colha as amostras de maneira uniforme nas partes central superior, central mediana e central inferior de cada recipiente.

2. Para os produtos distribuidos com assepsia e para cada operação, colha as amostras no início da distribuição e no cinal de cada quarto de distribuição, perfazendo no minimo o total indicado na tabela I.

 Para os produtos sem ação antisséptica proceda de acôrdo con: a tabela seguinte;

TABELA II

Conteúdo das unidades	Volume a semear aproximadamente	Volume do meio de cultura
Até 2 cm³	0,5 cm ³	7,5 cm ³
De 2 cm³ até 10 cm³	1,0 cm ³	15,0 cm ³
Mais de 10 cm³	3,0 cm ³	45,0 cm ³

- 2. Para os produtos com antissépticos ou inerentemente antissépticos:
- a Quanto possível, inative e proceda de acôrdo com a tabela II.
 b Não sendo possível a inativação, tome o volume de acôrdo com a tabela II, e semeie em maior número de tubos de meios de cultura, em diluições sucessivas, para que a concentração do agente antisséptico, nesses meios, fique abaixo da concentração ativa.
- Para os produtos oleosos: Semeie o conteúdo até um máximo de 5 cm³, em tubos com 45 cm³ de meio.

III - Execução das provas:

- Preparo da sala Realize as provas de esterilidade sob cuidados rigorosos de assepsia em sala asséptica à prova de poeira e, de preferência, equipada com ar filtrado sob pressão positiva.
- Abertura das amostras Limpe externamente as ampolas com algodão embebido em álcool ou outro agente volátil apropriado.
 Flambe a extremidade a ser aberta, evitando o superaquecimento do líquido e faça um traço com uma lima esterilizada. Abra a amoola e flambe os bordos.

Em se tratando de frasco-ampola, limpe-o com algodão embebido em ólcool ou outro agente volátil, apropriado e desinfete a superfície da rôlha com tintura de iodo ou outro agente desinfetante apropriado.

3. Semeadura,

a — Líquidos não oleosos — Retire o líquido com pipetas de Pasteur ou com seringa e agulha esterilizadas em forno Pasteur a 170°, durante 1 a 2 horas, e semeie, de acôrdo com as instruções da Tabela II, em um ou mais tubos de cada um dos meios M. C. 1 e M. C. 2.

Misture o líquido com o meio de cultura, evitando a introdução de ar para não prejudicar a anaerobiase. Incube os tubos M. C. 1 a 32-35° e os tubos M. C. 2 a 22-25°, durante 7 e 14 dias respectivamente.

Nota: O M. C. 1 não deve apresentar coloração rósea em mais de 1/3 da massa líquida. Entretanto é permitido restabelecer as condições de anaeróbiase, uma única vez, pelo aquecimento dos tubos em B. M. fervente durante 15 minutos. Não use êste meio, se a evaporação alterou a sua fluidez.

b — Líquidos oleosos — Retire o líquido como em a e semeie um um tubo do M. C. 1 com todo o volume da amostra, até o máximo de 5 cm³. Incube a 32-35º durante 48 horas, agitando duas vêzes ao dia para dispersar o óleo na massa. Findo êsse prazo, e se não houve proliferação de germes, transfira 3 cm³ do meio para um ou mais tubos de cada um dos meios M. C. 1 e M. C. 2. Nesta operação evite a transferência de óleo.

Incube os tubos do M. C. 1 a 32-35º e os tubos do M. C. 2 a 22-25º durante 7 e 14 dias, respectivamente.

4. Leitura dos resultados — terminado o prazo de incubação e se o exame microscópico não for suficiente para constatar se houve ou não proliferação de germes, recorra ao exame microscópico (fixe as lâminas do M. C. 1 com metanol) ou ao repique em novos meios de cultura.

IV - Contra-provas

Se o produto sob prova tem ação antisséptica e se não houve proliferação de germes nos M. C. 1 e M. C. 2, semeie, no mínimo, 5 por cento dêsses tubos com as culturas e técnicas empregadas no contrôle de eficiência dos meios de cultura. A ausência de crescimento indica que o agente antisséptico remanescente foi o causador do resultado negativo das provas.

C - Provas de esterilidade para sólidos

- Colheita das amostras

- 1. Gaze, algodão e similares Proceda de acôrdo com as instrucões para líquidos.
- Fios cirúrgicos a) Fios cirúrgicos ferviveis Proceda de acôrdo e de modo igual à colheita de líquidos distribuidos com a assépsia.

11 - Quantidade a semear

Gaze,, algodão e similares — Semeie porgões de aproximadamente 0,25 g em cada tubo com 45 cm³ de meio de cultura.
 Fios cirúrgicos — Semeie todo o fio de cada unidade em cada tubo com 45 cm³ de meio de cultura.

III — Execução das provas

 Preparo da sala — Realize as provas de esterilidade sob cuidados de assepsia. Preferivelmente dois operadores trabalharão em conjunto, revestidos de aventais, gorros e máscaras esterilizadas, em sala asséptica à prova de poeiras e de preferência com ar filtrado sob pressão positiva.

Diòriamente e antes do início das provas, lave as paredes e o piso da còmara com antisséptico e pulverize o ar com formol (posteriormente neutralizado com amoníaco) ou outro agente apropriado. Desligue o aparelho renovador de ar e conserve a cômara fechada pelo menos 15 minutos antes de iniciar as semeaduras. Como auxiliar, para esterilização do ambiente, a cômara pode ser equipada com luz ultravioleta. Neste caso, a irradiação deve ser interrompida durante a semeadura.

- 2. Abertura das amostras.
- a) Gaze, algodão e similares Flambe, com cuidado a parte externa do envoltório a ser aberta.
- b) Fios cirúrgicos Se necessário faça uma marca com lima ou carborundo no meio do tubo ou 1 cm³ acima do nível do líquido conservador. Mergulhe o tubo em banho desinfetante durante 24 horas, retire-o com pinça esterilizada e conserve-o entre toalhas esterilizadas.

Rompa o tubo no ponto marcado, preferivelmente tocando com um arame curvo aquecido ao rubro.

- 3. Semeadura.

Incube os tubos de M. C. 1 a 32-35° e os tubos de M. C. 2 a 22-25° durante 7 e 14 dias, respectivamente

- b) Fios cirúrgicos.
- Sem líquido conservador Transfira, diretamente, todo o fio de cada unidade para cada tubo dos meios M. C. 1 e M.
 C. 2 com auxílio de instrumental estéril.

Incube os tubos de M. C. 1 a 32-35° e os tubos de M. C. 2 a 22-25°, durante 14 días, ambos as meios de cultura.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO CAPÍTULO - CONTR. DE PRODS. FARMACEUTICOS HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963

2 - Com líquido conservador - Transfira todo o fio de cada unidade para um tubo de solução inativante A e incube a 32-35º por 24 horas. Se o líquido conservador foi o xilol ou similar, substitua a solução inativante A pela ógua destilada esterilizada. Se o fio conservado em líquido que contenha mais de 2 por cento de um composto de mercúrio ou mais de 5 por cento de um composto de cloro ou de iodoso invés de líquido inativante A, empregue o líquido inativante B. Se houver, no líquido conservador, a presença de cobre, empregue o líquido inativante C. Empregue sempre um líquido inativante apropriado todas as vezes que verificar haver sido utilizado no preparo ou conservação do fio, agente antisséptico diferente dos citados. Após a atuação dos líquidos INATIVANTES B, C ou outros, mergulhe o fio no líquido inativante A por 24 horas. Finalmente, transfira o fio para os meios de cultura M. C. 1 e M. C. 2 e incube, a 32-35º e a 22-25°, durante 14 dias, ambos os meios de cultura.

4 — Leitura dos resultados — Terminado o prazo de incubação e se o exame macroscópico não fôr suficiente para constatar se houve ou não proliferação de germes, recorra ao exame microscópico (fixe as lâminas do M. C. 1 com metanol) ou repique em novos meios de cultura.

IV - Contraprovas

Se o fio em prova está acondicionado com líquido conservador e se não houve proliferação de germes nos meios M. C. 1 e M. C. 2, semeie, no mínimo, 5 por cento dêsses meios com as culturas e técnicas empregades para o contrôle de eficiência dos meios da cultura. Ambos os meios devem demonstrar franca proliferação (prova de neutralização do agente antisséptico). A ausência total de crescimento indica que o agente antisséptico remanescente foi o responsável pelos resultados negativos das provas.

V - Resultados finais

Caso seja verificada proliferação microorganismos em uma das semeaduras repetir a prova de modo a excluir a possibilidade de falha técnica na execução das provas.

2 — CONTRÔLE BACTERIOLÓGICO

Submeta ao exame microscópico os produtos com depósito ou suspeitos de contaminação, assim como as ampôlas semeadas. Centrifugue o produto em exame, em tubos esterilizados, retire, com pipeta Pasteur, uma gôta do fundo do tubo do centrifugador e core pelo método de Gram e de Ziehl (havendo suspeita do presença de bacilos ácido-resistentes).

O exame microscópico direto pode dar indicações úteis sôbre a morfologia dos contaminantes, revelando ainda a presença de cadáveres de microorganismos, eventualmente presentes.

3 — CONTRÔLE BIOLÓGICO

O modo de proceder é diferente segundo o caso:

I — Para a comprovação da presença de substâncias tóxicasinjeta, por via subcutânea, de 2,5 a ³ cm³ do material, em cobaias. Deixe o animal em observação durante, pelo menos, 5 dias.

II — Para a comprovação da presença de substâncias antissépticas. Injete por via intramuscular, 0,5 cm³ do material, em camundongos com 17 a 20 g de pêso. Deixe o animal em observação pelo menos, durante 2 dias.

4 — CONTRÔLE DO PIROGÊNIO

Animal de prova — O animal de escolha é o coelho, sadio, pesando, no mínimo, 1500 g.

A — Operações preliminares:

I — Alojamento — o coelho deve ser mantido em gaiolas individuais, em ambiente livre de perturbações, de preferência com a temperatura e a umidade relativa constantes.

LIVRO TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO CAPÍTULO - CONTR. DE PRODS. FARMACÊUTICOS HOSPITAL DE HOJE - ANO VIII - VOL. 18 - 1963 II — Alimentação — a dieta é irrestrita, mas uniforme, pode ser fornecida ógua à vontade.

III - Temperatura

1 — Termômetro — use termômetro clínico retal, de precisão, ou outro dispositivo apropriado. Determine o tempo necessário para atingir a temperatura máxima.

2 — Contenção do animal — Contenha o animal com o máximo de cuidado a fim de evitar qualquer excitação.

3 — Tomada de temperatura — introduza o termômetro para além do esfincter interno, e mantenha-o 15 segundos a mais do que o tempo determinado para I.

4 — Seleção pela temperatura — Se os animais não foram usados em provas anteriores, ou se ficaram em repouso por mais de duas semanas, tome 4 temperaturas, com intervalo de 2 horas, 1 a 3 dias antes da prova. Rejeite os animais que registrarem temperatura abaixo de 38°9 C e acima de 39°8 C.

IV — Aproveitamento dos animais já usados.

Após descanso de 48 horas, no mínimo, os animais que serviram para o contrôle de pirogênio em produtos contendo alérgenos. Nestes casos, o animal só deverá ser utilizado uma única vez para o mesmo alérgeno.

B - Execução da prova:

 I — Número de animais — use três coelhos para cada prova e cinco em caso de repetição.

II — Alimentação — suspenda a alimentação uma hora antes da tomada da temperatura normal.

III — Temperatura normal — é a temperatura do animal no dia da prova, 15 minutos, no máximo, antes da injeção. Deve estar compreendida entre 38º,9 e 39º,8.

IV — Preparo da seringa, agulhas, etc. — elimine o pirogênio pelo aquecimento a 250°, 30 minutos, no mínimo, ou por outro método apropriado.

V — Volume a injetar — água destilada, soluções isotônicas de cloreto de sódio e de glicose e produtos similares injete 10 cm³ por quilo de animal.

VI — Injeção — aqueça o produto a 37°C e injete em uma das veias da orelha. A água destilada e as soluções hipetônicas poderão ser isotonizadas com cloreto de sódio isento de pirogênio.

VII — Registro das temperaturas — registre a temperatura de cada animal na 1.a, 2.a e 3.a hora após a injeção.

VIII — Interpretação dos resultados — positivo — se dois ou mais animais apresentarem individualmente uma elevação térmica de 0,6°, ou mais, acima da temperatura normal; duvidoso se apenas um animal apresentar elevação térmica de 0,6° ou mais, acima da temperatura normal, ou se a soma da elevação têrmica dos 3 animais atingir 1,4°. Repita, então, a prova, usando 5 animais. Se, na repetição, no minimo, dois dos cinco animais apresentarem individualmente elevação térmica de 0,6°, ou mais, acima da temperatura normal, a prova será considerada positiva. Nota — E' recomendóvel, para reduzir ao mínimo a excitação dos animais, que os mesmos sejam manuseados sempre pela mesma pessoa.

APÉNDICE

PROVAS DE ESTERILIDADE PARA LÍQUIDOS E SÓLIDOS

A — MEIOS DE CULTURA E SOLUÇÕES INATIVANTES

I — Preparação		
1. Meio com tioglicolato de sédio (M. C. 1)		
Ágar (máximo 15 por cento de umidade)	0,75	g
Cloreto de sódio	2,00	g
Dextrose	5,50	9
Extrato de levedura hidrossolúvel	5,00	g
Peptona de caseína (digestão pancreática)	15,00	g
Tioglicolato de sódio	0,50	g
L-cistina	0,75	9
Ácido clorídrico, solução normal	8	cm3
Rosazurina, solução recente a 0,1 por cento	100	cm ³
Água destilada, q.s.p	1000	cm ³

Dissolva o ógar em 800 cm³ de ógua, aquecendo em autoclave a 120°, 10 mínutos. Adicione o cloreto de sódio, dextrose, extrato de levedura, peptona, tiogliocolato de sódio e L-cistina prèviamente dissolvida na solução de ácido clorídrico. Aqueça o suficiente para dissolver. Complete o volume, para um litro, com água. Ajuste o pH do meio de maneira que, depois de esterilizado, esteja entre 7,0 e 7,2. Aqueça a 70-80° e filtre em algogão hidrófilo ou em papel de filtro. Acrescente a solução recente de resazarina e distribua em quantidade de 7,5,15 e 45 cm² em tubos de 16x160mm, 20x200mm, respectivamente.

Esterilize a 120º, 20 minutos. Resfrie ràpidamente, sem agitação. Contrôle a esterilidade incubada a 35º durante 72 horas.

2. Meio de Sabouraud modificado (M. C. 2)

Peptona	5	9
Peptona de caseina (com digestão pancreática)	5	9
Dextrose	20	9
Água destilada, q.s.p	1000	cm ³

Dissolva a peptona e a dextrose em 800 cm³ de água, aquecendo o suficiente. Complete o volume para um litro com água. Ajuste o pH do meio de maneira que, depois de esterilizado, esteja entre 5,6 e 5.8.

3. Água destilada, q.s.

Distribua quantidades de 45 cm³ em tubos de 25x200. Esterilize a 120°C, 20 minutos. Contrôle a esterilidade semeando 5 por cento dos tubos de cada partida da seguinte maneira: semeie um tubo do M. C. 1 e um tubo do M. C. 2, cada um com 1 cm³ de cada tubo de água destilada.

Incube o M. C. 1 a 32-35° e o M. C. 2 a 22-25° durante 7 e 15 dias, respectivamente.

4. Solução inativante A.

Tiossulfato	de	sódio	÷	×	÷		0	Ó			•				0	10	g
Carbonato	de	sódio								+		+				10	g
Água desti	lada	q.s.	٥.								٠		Ç.			1000	cm ³

Dissolva os sais em 900 cm³ de água destilada, Complete o volume para um litro. Filtre em papel ou em algodão hidróflo. Distribua, esterilize e contrôle a esterilidade como para a água destilada.

5. Solução inativante B

Tiossulfato	de	sódio			7			+	4		4		+	-		100	g
Água destil	ada	. q.s	р.			100	63					+	+		d	1000	cm ³

Dissolva o sal em 900 cm³ de água destilada, complete o volume para um litro. Filtre em papel ou em algodão hidrófilo. Distribua, esterilize e contrôle a esterilidade como para água destilada.

6. Solução inativante C.

Cloreto de amônio .		50 g
Solução concentrada o	de hidróxido de amônio	15 cm
Água destilada, q.s.p		1000 cm ²

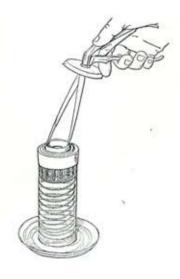
Dissolva o cloreto de amônio em 900 cm³ de água destilada. Complete o volume para 985 cm³. Filtre em papel ou em algodão hidrófilo. Esterilize a 120°, 20 minutos. Após resfriamento, junte a amônia e distribua assèpticamente em quantidade de 45 cm³ em tubos de 25x200 mm. Contrôle a esterilidade como para água destilada.

Nota — Para as provas de esterilidade de fios cirúrgicos use sempre tubos arrolhados com algodão envolto em gaze.

- II Contrôle da eficiência dos meios de cultura.
- Semeie dois tubos do M.C.1 cada um com 1 cm³ de uma diluição a 1:100.000 de uma cultura de 24 horas, em meio líquido de Clostrifium novvi. Da mesma maneira, semeie mais dois tubos com Escherichia coli. Todos os tubos devem apresentar franca proliferação dentro de 72 horas de incubação a 32-35°.
- 2. Semeie dois tubos de M.C.2, cada um com 1 cm³ de uma diluição a 1:1.000 de uma cultura de 72 horas em meio líquido, de Monilia albicans. Os dois tubos devem apresentar franca proliferação dentro de 72 horas de incubação a 22-25º.

STERILPINS

A PINÇA DE ESTERILIDADE PERMANENTE



IND. BRAS.

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

STERILPINS: foi especialmente construida para:

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

IND. "STERILPINS" LTDA., RUA CEL. XAVIER DE TOL EDO, 210 - 6.º and., cj. 64 - FONES: 36-3889/35-2687

Colchão Sanicrin

Novo colchão - especial para Hospitais Enchimento de crina com latex Sem molas - leve Unico colchão de crina tratado com o Processo "Sanitized" Anti-mofo anti-germe Higienicamente limpo Produto da

ICOCEL IND. COM. COLCHŌES ESPECIAIS LTDA. Rua Cel. Diogo - 1293 Fone: 63-1028 São Paulo

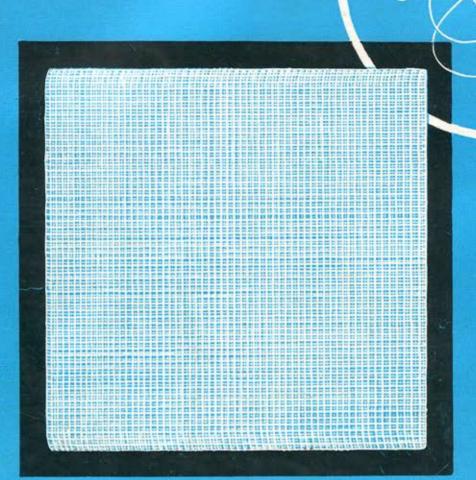
Colchões para camas hospitalares, macas etc.

A crina com latex dos colchões "Sanicrin" e fornecida por Irmãos Lantieri Ltda., única fábrica no país, que possue maquinaria especializada para fabricação de mantas de crina com latex.

Licenciada com exclusividade no Brasil pelo Sanitized N.Y. Para tratamento de fibras com latex.

IRMÃOS LANTIERI LTDA. - Rua Bom Pastor - 2912 - Fones: - 63-6785 - 63-5925, São Paulo.

Seguras...
não têm
fios soltos!



COMPRESSAS DE GAZE JOHNSON

Não há fios expostos nas Compressas de Gaze JOHNSON – suas dobras são para dentro! Muito mais práticas, vêm em camadas iguais, já prontas para usar. Não há perda de tempo, nem de dinheiro – porque as Compressas JOHNSON custam 10 % menos que as feitas a mão nos hospitais, sem considerar o tempo das enfermeiras e os desperdícios.

Nos tipos **Brunswick** (malha aberta), **Clínicas** (malha média) e **Belleview** (malha fechada). Tamanhos: 7,5 x 7,5 e 10 x 10. Cada 10 caixas de 500 unidades são acondicionadas em embalagens de papelão ondulado.

- Em seu Hospital ou Casa de Saúde, mude
 para as compressas de Gaze JOHNSON
 - FACEIS DE ESTERILIZAR
 - FACEIS DE ARMAZENAR
- FACEIS DE MANIPULAR

FÁCEIS DE CONTROLAR... À MEDIDA EM QUE SÃO UTILIZADAS

Johnson Johnson

- garantia de qualidade