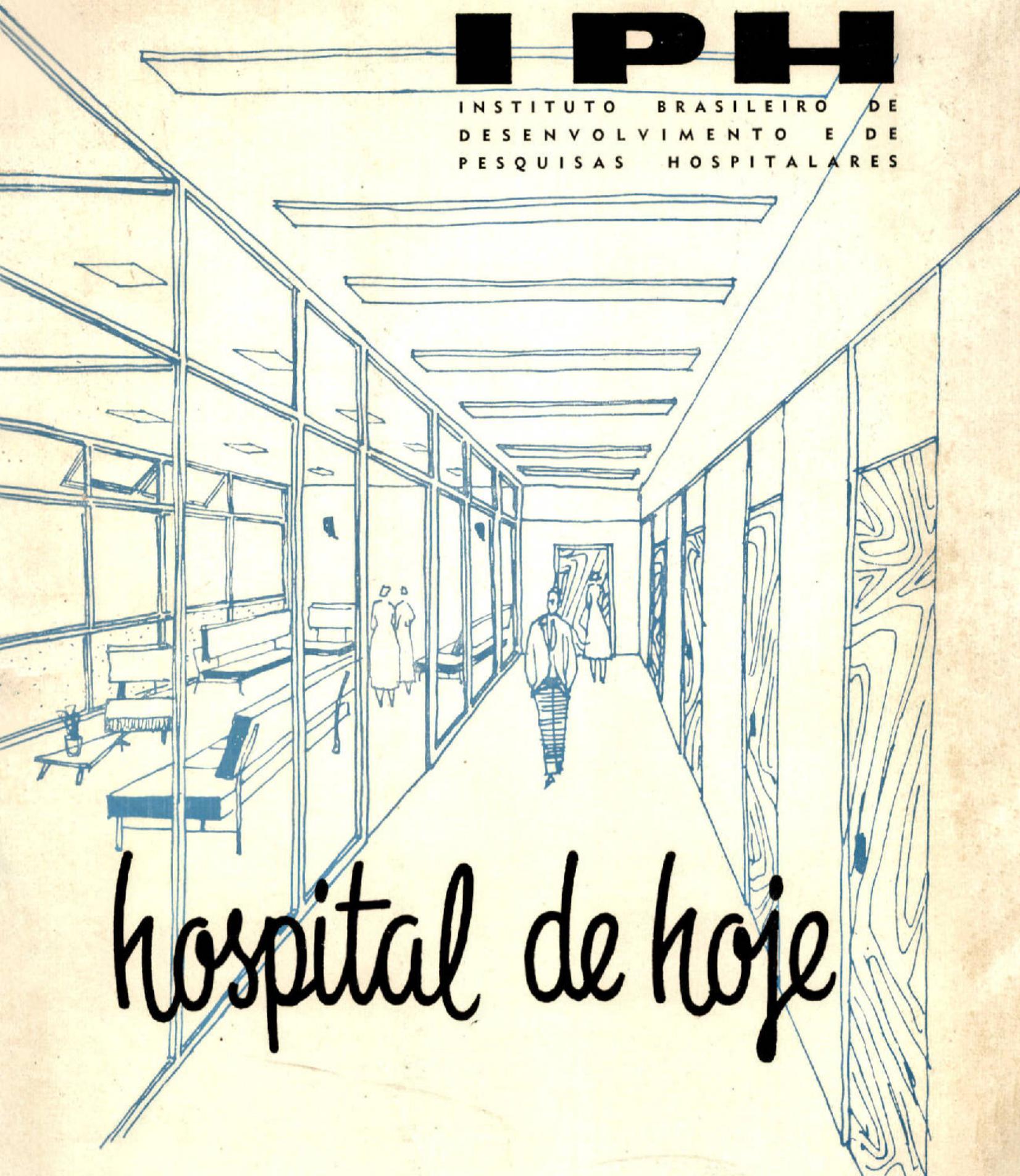


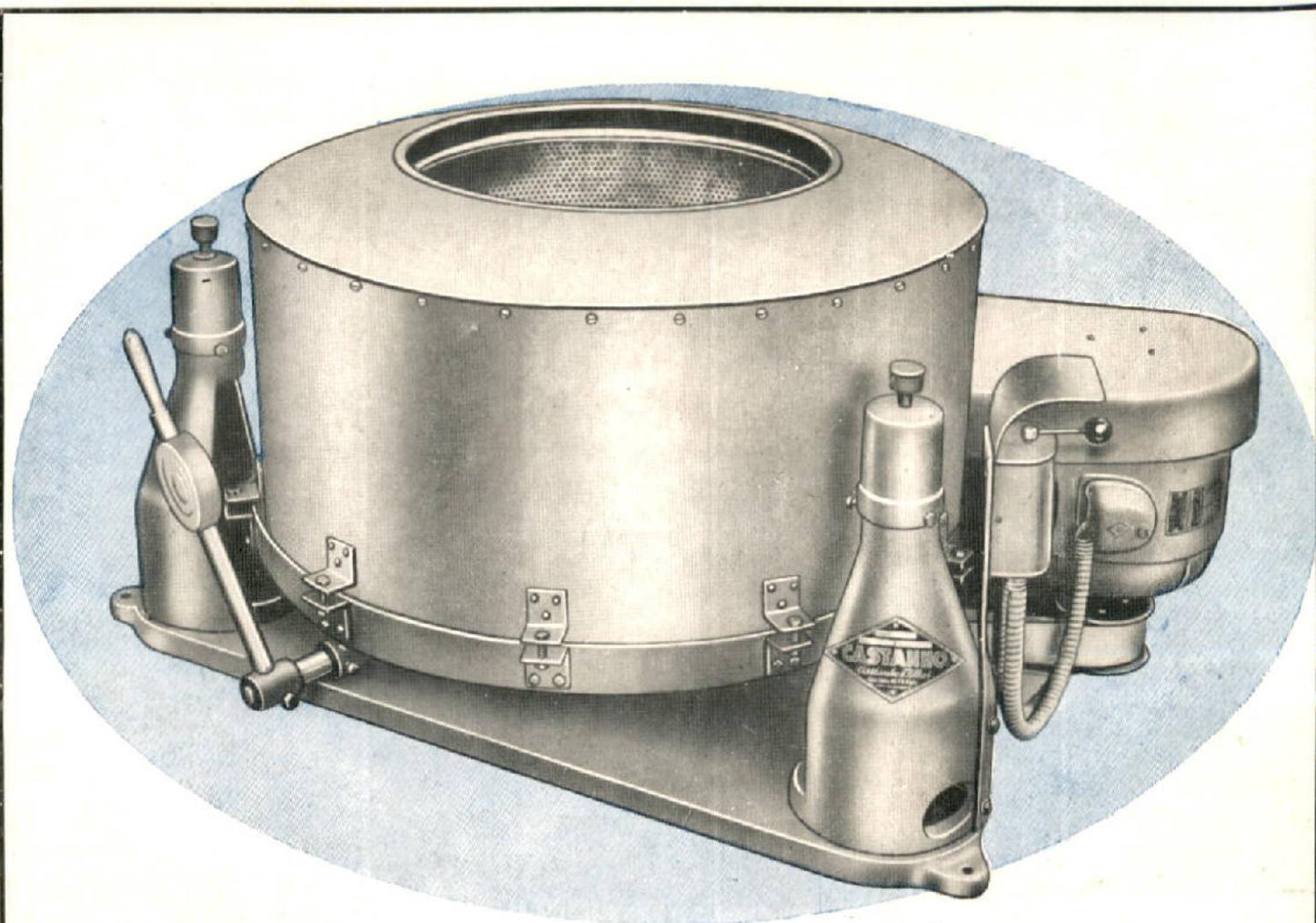
ÓRGÃO OFICIAL DO

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE
DESENVOLVIMENTO E DE
PESQUISAS HOSPITALARES



hospital de hoje



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

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

Castanho & Filhos S/A
COMERCIO E INDÚSTRIA

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

REPRESENTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O Consórcio Imobiliário Flamingo

agradece

a preferência com que foi distinguido pelos subscritores de Títulos de Propriedade do FLAMINGO IATE CLUBE, que asseguraram o pleno sucesso desse empreendimento em menos de seis meses;

comunica

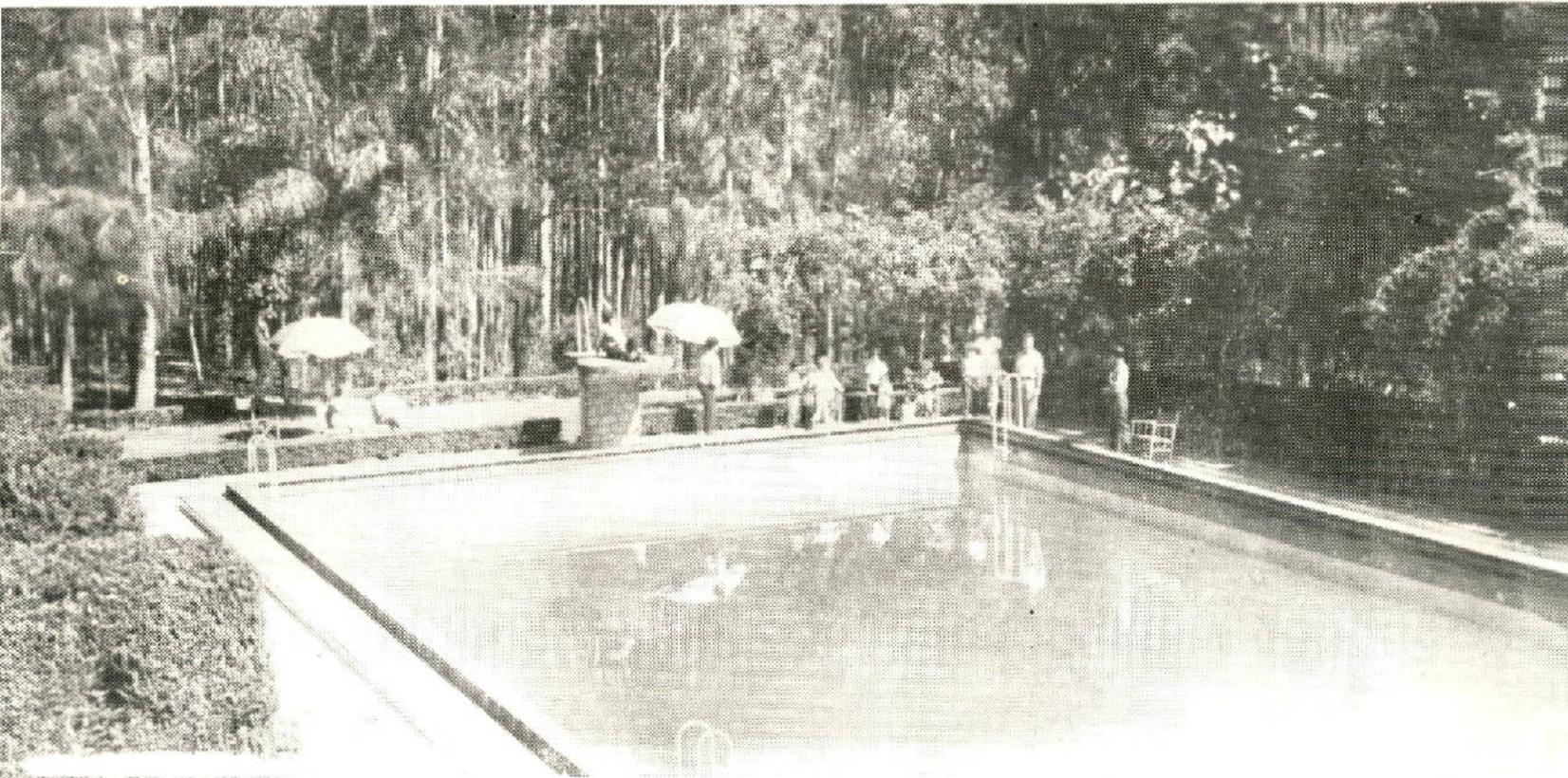
que está promovendo concorrência pública para construção do Edifício-Sede do Flamingo Iate Clube, cuja construção iniciará imediatamente após a conclusão da Piscina, das Praças de Esporte e da Estrada de Acesso, ocasião em que reabrirá o Clube aos seus associados;

e anuncia

seu próximo e grandioso lançamento, o magnífico

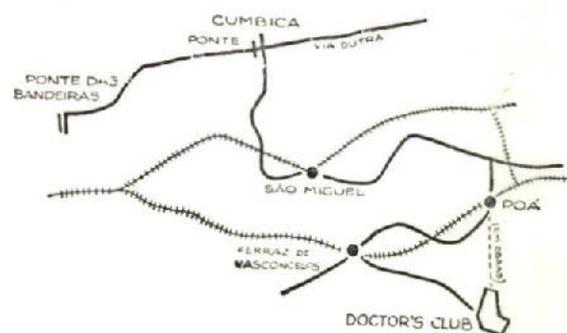
Doctor's Club

especialmente idealizado para congregar, divertir e entreter nossas elites intelectuais, em ambiente condigno com seus hábitos e costumes.



O DOCTOR'S JÁ É REALIDADE!

- eis algumas das benfeitorias aí existentes.
- Majestosa piscina olimpica, vestiários
- Grandiosa Churrasqueira e Bar
- Salão de Jogos. Volley. Croquet
- Lago de Carpas. Cascata. Fonte Radioativa
- Grutas, Bosques, Pomar.
- E inúmeras outras comodidades para breve



Vendas e informações

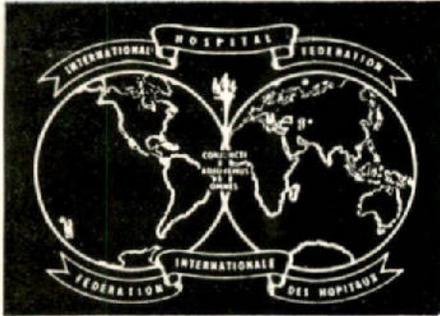
Visite o DOCTOR'S - em apenas 1 hora
Você chegará a este recanto paradisíaco



CONSORCIO IMOBILIARIO FLAMINGO

HOSPITAL DE HOJE

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



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

O IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares:

Personalidade Jurídica - sob n.º 2.076, em 27-4-1954 - 4.º R. T. D.

Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual n.º 4.774 de 12-8-1958

Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal n.º 44.735 de 23-10-1958

Conselho Nacional de Serviço Social — N.º 119.104 de 16-12-1959

Séde e Redação: Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64 - Telefone: 36-3889 - São Paulo - Brasil

HOSPITAL DE HOJE
Ano IV — Volume 13

Revista bimestral, editada pela:

EMPRESA JORNALÍSTICA
"SÉTIMA ARTE" LTDA.

Redação e Administração:
Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar
conj. 62-B - Fone: 35-2687 - S. Paulo

Diretor-Presidente:

JULIO BERGER

Diretora-Superintendente:

ANGELINA T. P. DE VIVO

Diretor-Responsável:

OSWALDO SCHMIDT

Relações Públicas:

**Décio Chiconello
Walter R. Camargo**

Secretários:

**Ulysses A. Galletti
Renato O. Mecca**

Direção e Redação da Revista:

Diretor Responsável:

Jarbas Karman

Redator Geral:

Martinus Powell

Í N D Í C E

CAPA

Corredor da Unidade de Enfermagem do Hospital Fêmeina de Porto Alegre — Arquiteto: IRINEU BREITMAN

SUMÁRIO INGLÊS

ANUNCIANTES 299

IPH

Representações, Delegações e Correspondentes 300

JOHN WEEKS

Novos Desenvolvimentos em Projetos e Construções de Hospitais 301

ENSINO

Um programa de Enfermagem Pediátrica 309

ENFERMAGEM

Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem 317

LABORATÓRIO — Dr. Martinus Powell

Padronização e Simplificação de Técnica de Laboratório Clínico 323

NOVIDADES

..... 392

DÉLIO DA CÂMARA DA COSTA ALEMÃO

Atividades de Saúde Pública no Hospital 331

JOSHUA BIERER

Um Apanhado Sobre os Clubes de Terapia Social 337

J. REIS

O Grave Problema das Infecções Hospitalares 341

Diretores de Secção:

Editorial:

José Reis

Psicologia Hospitalar:

Noemy da Silveira Rudolfer
Betty Katzenstein

Laboratório:

Otávio A. Germeck

Farmácia:

Carlos H. Robertson Liberalli
Quintino Mingoja
Henrique Tastaldi

Anestesia:

Salvador Cromberg
Kentaro Takaoka

Enfermagem:

Maria Rosa de Souza Pinheiro

Normas:

Francisco Inacio de Araújo Silva
Eudora L. Berlinck

Sumário Inglês:

Charles Hannold Crispin

Projetos:

Jarbas Karman

Nutrição:

F. Pompeu do Amaral

Estatística:

Martinus Powell

Desinfetantes e Esterilização:

Eulina Bastos Richter
Jarbas Karman

Frio e Calor:

Remy Benedito Silva

Radioterapia:

Carlos de Campos Pagliuchi

Radiodiagnóstico:

José Hortência de M. Sobrinho

Noticiário:

Martinus Powell

Instalações:

Alfredo Willer

Administração:

Fausto Figueira de Mello

Acústica:

Roberto Paulo Richter

Secretária:

Maria Aparecida Martins

Contabilidade:

Fernando P. d'Abreu Braga

Desenhos:

Borges Filho

Impressão:

Escolas Profissionais Salesianas
Al. Barão de Piracicaba, 560
Telefone: 51-3128 — São Paulo

Clichês:

Fotogravura Negrão Ltda.
Rua Paisandú, 91 — São Paulo

NOTICIÁRIO

II Congresso da AMB	345
2.º Congresso Brasileiro de Medicina Militar	345
XII Congresso Brasileiro de Enfermagem	345
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica	345
Novo Diretor de Saúde da Marinha	345
Associação Médica de Minas Gerais	346
Homenagem em S. Paulo ao Ministro Mário Pinotti	346
I Congresso Brasileiro de Atualização em Medicina	346
Hospital dos Radialistas	346
Nomeada Comissão para Estudar a Necessidade de Pessoal Hospitalar	346
Soc. Brasileira de Psicoterapia em grupo	347
Sociedade Brasileira de Ginecologia	347
Convênios do M. S. em Hospitais	347
Soc. de Medicina e Cirurgia de Campinas	347
Inaugurado em S. Paulo, o Centro de Medicina Nuclear	347
Academia de Medicina em S. Paulo	347
Prêmio Maternidade S. Paulo	348
Soc. Brasileira de Abreugrafia	348
Nova Diretoria da Assoc. Médica de Goiás	348
Novo Hospital	349
Santa Casa em 1.º lugar	349
Enfermagem	349
Novas Enfermeiras em Goiânia	350
Novas Enfermeiras em Uberaba	350
Associação Brasileira de Hospitais	351

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

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

**MELHOR SERVIÇO HOSPITALAR
PARA O BRASIL**

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL DE HOJE É DISTRIBUIDA GRATUITAMENTE AOS SÓCIOS DO IPH

JARBAS KARMAN

O Serviço de Admissão do Hospital de Clínicas de Pelotas 357

NORMA

Estufa Esterilizadora de Circulação Forçada 362

Discussão dos Problemas Médicos e Administrativos Ligados ao Controle de Infecções Estafilocócicas e outras Infecções em Hospitais 368

DR. HUMBERTO BALLARINY

Discurso pronunciado como Paraninfo da 1.ª Turma de Administradores Hospitalares 372

LITERATURA

Manual Merck 376

Ground Plan for Psychiatry 376

Pruebas Funcionales Musculares 377

British Medical Bulletin 377

DR. ANDRÉ ROSEIRA DE MATTOS

Esparadrapo 379

H. MEDEIROS

Progressos da Medicina e Organização Médico-Hospitalar na Suécia 382

DR. F. POMPEO DO AMARAL

Serviço de Fornecimento de alimentação em Hospitais 390

ACÚSTICA

Isolação Acústica de Divisões de Escritórios 400

. 295

INDICE DOS FORNECEDORES

A Direção de "HOSPITAL DE HOJE", externa seu reconhecimento aos anunciantes deste número, abaixo relacionados em ordem alfabética, certo de que estão possuídos de dupla satisfação, quer por terem escolhido um eficiente veículo de propaganda, quer por contribuírem, através do seu apóio a esta revista, para o ideal acalentado por sua equipe:

A ELEVAÇÃO DO NÍVEL MATERIAL E FUNCIONAL DE NOSSOS SERVIÇOS HOSPITALARES

BARTEN, BARTON, DURTINE & OSBORN TAYLOR INSTRUMENTS CO. (Standard Propaganda) 3. ^a capa	INDÚSTRIA DE IMPERMEABILIZANTES PAULSEN S/A. — (Diréto) (Encarte)
BAUMER QBS — CIA. BRASILEIRA DE EQUIPAMENTOS — (Diréto) 316	IRMÃOS SARTÓRIO LTDA. — (Diréto) 328
CAMPOS SALLES S/A. — (Diréto) 335	LAGRART S/A. — (Diréto) 352
CASA BELINI DE VIDROS LTDA. — (Diréto) 340	LUTZ FERRANDO-ÓTICA INSTRUMENTAL CIENTÍFICA S/A. — (Diréto) 320
CASA LOHNER S/A. — (Diréto) 308	MÁQUINAS SANTO ANDRÉ — ISSHIKI & CIA. — (Diréto) 328
CASTANHO & FILHOS S/A. — (Diréto) 2. ^a capa	METALÚRGICA ALBION S/A. — (Diréto) 367
CIA. BRASILEIRA DE MÓVEIS DE AÇO "CIBRAMO" — (Diréto) 326	METALÚRGICA FRACALANZA S/A. — (Diréto) 381
CIA. COMERCIAL DE VIDROS DO BRASIL — CVB — (Diréto) 307	NEO-REX DO BRASIL LTDA. — (Diréto) 344
CIA. DE MÁQUINAS HOBART-DAYTON DO BRASIL 352	PELOTAS — FÁBRICA METALÚRGICA DE LUSTRES LTDA. — (S. J. de Mello Publicidade) 307
CIA. PAULISTA DE CALDEIRAS — (Diréto) 330	PRODUTOS DE BORRACHA LIDICE LTDA. — (Diréto) 371
DENTAL GAUCHO — GUSTAVO MARQUART & CIA. LTDA. — (Diréto) 330	ROLF. E. WAGNER — PRODUTOS POLIPLAST — (Diréto) 365 e 366
DENTÁRIA BRASILEIRA — (Diréto) 326	S/A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES — (Diréto) 375
ELETROMAR — INDÚSTRIA ELÉTRICA BRASILEIRA S/A. — (Diréto) 402	SOC. INDUSTRIAL COMERCIAL DE AÇOS BULKA LTDA. — (Diréto) 314
ENGENHARIA DE FUNDAÇÕES S/A. — (Diréto) 380	SOC. NACIONAL DE TÉCNICAS DE PRECISÃO LTDA. — (Diréto) 321
ERICSSON DO BRASIL COM. E IND. S/A. — (J. Walter Thompson) 327	VENTILADORES E REFRIGERAÇÃO ZAULI S/A. — (Publicidade Sem Rival) 326
EUCATEX S/A. — (Inter-Americana de Publicidade) .. 4. ^a capa	VIDROTIL — INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE VIDROS LTDA. — (Diréto) 315
HOFFMAN PANCOSTURA MÁQUINAS S/A. — (Diréto) 330	VITRAIS CONRADO SORGENICHT S/A. — (Affonseca Publicidade) 389
IBACLI S/A. — INDÚSTRIA E COMÉRCIO — (Diréto) 322	WALTER S/A. — (Diréto) 336
IMEC S/A. — (Diréto) 306	
INDÚSTRIAS YORK S/A. — (Standard Propaganda) .. 378	

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

JARBAS KARMAN 357

Admission at the "Hospital de Clínicas de Pelotas" — Dr. Francisco Simões

Centralized Control Admission System

Admission at the "Hospital de Clínicas de Pelotas" presents a peculiarity, that of being centralized. By this system every record originates in the Admission Service and all moving-about of patients is done under its supervision.

I — PATIENTS ATTENDED BY THE ADMISSION SERVICE

All kinds of patients are taken care of by the centralized admission service:

- a) clients demanding the private consultation rooms for consultation, examination and treatment;
- b) patients directed to the Nursing Unit for hospitalization;
- c) ambulatory patients demanding the Out-patient Department for consultation, examination and treatment;
- d) non-paying patients or partially-paying patients hospitalized through the Out-patient Department;
- e) all emergency cases hospitalized through the Emergency Department;
- f) casualties attended by the Emergency Department;

II — SERVICES RENDERED BY THE ADMISSION SERVICE

To all the above patients, who require the hospital through its several entrances, the Centralized Admission Service renders care within the following chief attributes:

1) Prior to Admission

- a) information to be given to the person interested or doctor;
- b) making appointments;
- c) bed reservations in advance;
- d) providing ambulance service;
- e) distribution of booklets, with instructions, hospital regulations, etc.

2) At the time of Admission

- a) patient's registration
- b) patient's number, secured at the centralized record room;
- c) appointment with the patient
- d) compiling of such data as: identity, social status, income, family insurance, contribution to any health insurance, previous hospitalization, etc.

- e) filling out of a set of forms, thus saving the patient the fastidious procedure of repeated inquiries, necessary to other department records;
- f) directing patients for consultation, diagnosis and treatment;
- g) room reservation;
- h) correction of bed index;
- i) notice to the Nursing Unit at the time of arrival of new patients;
- j) instruction concerning hospital regulations;
- k) the patient is directed to the Cashier to pay for the first week of hospitalization;
- l) values are listed and deposited at the business office;
- m) consent secured for surgical operations, etc.

3) While the patient is at the hospital

- a) release of information by phone or personally concerning the patient's room, health condition, visitors, etc.
- b) change of rooms and transfer of clinics;
- c) check-up of admissions made at night;
- d) authorization of surgery, etc.;
- e) new-born registration;
- f) report concerning admission, discharge, deaths, births and transfers.

4) Discharge

- a) notice of discharge is sent to the respective departments;
- b) records of death are filed;
- c) custody of the body in the morgue;
- d) authorization for autopsy secured;
- e) formalities concerning the body.

III — POINTS AN ADMISSION SERVICE HAS TO OBSERVE

A well-planned Admission Service has to observe the following points:

1) Concerning the Patient

- a) it must be located next to the Main Entrance and to the Out-Patient Department;
- b) it must have waiting-rooms and W.C.;
- c) must be close enough to the Emergency Department;
- d) must be also close to the elevators, thus saving unnecessary steps.

2) Concerning its efficiency

- a) must be close to the information desk;
- b) must be close to the telephone operator;
- c) close to the Payment Section of the Accounting Department.
- d) close to the Emergency Department;
- e) close to the credit office;
- f) close to the Social Service;
- g) close to the Records' Room;
- h) within close reach of the Director of Nurses;
- i) within close reach of the Hospital Direction.

3) Concerning the doctors

- a) it must be also close enough to the doctors' entrance and doctors' room, in order to facilitate reservation of rooms, operation schedules, etc.
- b) also must be within close reach of the doctors' in and out register.

4) Concerning the Nursing Unit

- a) must be in a position to facilitate forwarding of records, such as those of hospitalization;
- b) and also to the coming in of forms, such as those of discharge, patients' conditions, etc.

5) Concerning the patient and his relatives

- a) easy relation with the information service and telephone operator, and
- b) with the Nursing unit, in order to be able to give out prompt information regarding the patients' conditions.

6) Concerning the environment

- a) pleasant surroundings;
- b) proper conditions for private interviews;
- c) pleasant external views;
- d) acoustical treatment and rugs;
- e) comfortable chairs;

7) Concerning the personnel

- a) should be non-professional;
- b) must have special training concerning interviews and human relations;
- c) must have thorough knowledge concerning the orientation of the hospital and of its policies;
- d) must be patient, agreeable, have pleasant manners, etc.;

e) must be receptive and cooperate towards better relations with the clinical personnel;

f) must know how to operate all the machines necessary to the filling out of forms.

B) Concerning the hospital administration policy

a) kinds of diseases to be accepted or refused;

b) all different privileges rendered to active, honorary, consulting or courtesy staff;

c) interchange with related institutions;

d) policy in regard to emergency and priority cases;

e) privileges and credits;

f) consents, releases, authorizations, etc.

IV — GROUPINGS PRESENTED BY THE HOSPITAL DE CLINICAS DE PELOTAS

All the administrative department is gathered into a physically and functionally related unit. The admission service, being part of the medical-administrative section, as well as of the Record Room, is located within the unit in such a way as to permit better, shorter and more direct interrelations. In order to obtain these intercommunications it is necessary to observe defined groupings and sub-groupings, so that each part occupies its proper place within the Unit:

1. Grouping around the Centralized Information Service

The first grouping is composed of the main entrance, and the out-patient entrance, with its respective areas of waiting, toilets and public telephones; information counter, shop, Cashier's window, retiring room, and finally the close enough Emergency entrance. Both entrances, the Main Entrance and the Out-Patient Entrance, are controlled in the same single Information desk combined with the switchboard, paging service, doctors in-and-out register and gift-shop.

These lobbies are physically separated from each other by the information counter. The centralized information service is in close relation with the Social and Admission Services, being also under its control the halls of the stairs, ramps, elevators, corridors to the private consultation rooms, the access to the Diagnostic and Treatment Units, Cashier's Window and the Administrator's corridor.

2. Administration Unit

Consists of the Administrator's office, Secretary's office, Director of Nurses' office, Toilets and Business office. The Cashier's window is in close connection with the Admitting Office, thus facilitating the collecting of payments and the keeping of the patients' values.

3. Third grouping

Is composed of the chief of Medical staff office, staff Lounge, Library and Conference Room, and the Medical Record and Statistics Room.

This Record room opens directly into the Out-patient admission room and also into the Admission Room for paying patients.

4. Fourth Grouping

Concerns the Admitting office, Medical Social Service offices and waiting areas.

Conclusion

The Centralized Control Admission Service presents considerable advantages, compared with the usual admission systems. Its feasibility is proved by the enclosed plans of the Hospital de Pelotas, and its advantages can be well summoned up by the following items:

1) **DUPLICATIONS** — are eliminated, doing without a second Information Service, a second Medical Record Room and a second Cashier at the Out-patients' Department.

2) **DISTANCES AND USE OF INTERPHONES** — are reduced, having in view the centralization and physical interchange of the whole administrative unit and the localization, at the same floor, of the Admission Service, private consultation rooms, access to the Nursing Unit entrance of the Out-Patient Department and Emergency Department.

3) **DOWN PAYMENT** — It frees the admission service from the obligation of collecting deposits and the necessity of having a Cashier, since the Admission room is close to the Accounting Department.

4) **CENTRALIZED UNIT NUMBER SYSTEM** — the use of this system is necessary in this hospital since any patient (for consultation, treatment or hospitalization) passes through the Admission. The contiguity of the Record Room (whose doors open directly into the Admission office) also facilitates the numbering control, by a direct method without repetitions, or gaps.

5) **INTEGRATED CONTINUOUS FILES** — the same contiguity favors the centralized, unified and continuous filing system of the medical records, since all admissions (Out-Patients, Emergency or in-patients) and all discharges originate from and end into the same Admission Service, physically and functionally interrelated to the Medical Record Room.

6) **STAFF** — All the services being functionally centralized and physically united, its administration does not require duplication of staff personnel.

7) **PERSONNEL** — Since both Admission rooms and Social Medical Service constitute only one interrelated block, it reduces the number of personnel and results in greater flexibility in regard to release at lunch time, day off, etc. The same is true regarding the Centralized Information Service.

8) **RATIONALIZATION OF THE SERVICES** — Considering the fact of the Admission Service being closely related to the other elements of the Administration, several obligations which overburden the Admission personnel, rest with the Departments, naturally indicated and organized to perform them. Such is then case of the deposit for one-week hospitalization, its receipt, of the filling-out of the stub or of a second copy of the receipt, checking the money received and of the daily presentation of counts; all these are normal responsibilities of the Treasurer thus freeing the Admission Service of the Hospital de Pelotas from these duties. Another example is the Record Room, whose centralized unified and continuous system requires that the person responsible for Admission check any previous admission (to any department of the hospital) so a new number will not be given to any patient previously registered. This checking-out, usually, required a general file at Admission, a person responsible at the Record

Room for the giving out of numbers to the different departments of the hospital (consultation rooms, out-patients' departments, emergency department, and in patient hospitalization) and also a book for registration and control of these numbers, its dates, and departments to which they were assigned.

By the centralized admission, the checking up is done direct and exclusively through the general file of the Medical Record Room, located close to the door of the Admission room, which is convenient to it, so it can easily be consulted by both Record and Admission personnel, doing without any other checking procedures.

9) **EQUIPMENT** — Also is reduced, since duplication of files (by alphabetical and numbering orders) is no longer necessary, those of the Medical Record Room being enough, since it also serves the adjacent Admission Office.

10) **PLANNING** — The physical set up of the Admission Service of the Hospital de Pelotas makes possible the following direct interchanges, necessary to its efficient functioning and rationality.

a) paying patients' admission office — out-patients' admission room;

b) paying-patients' social service office — out-patients' social service office;

c) admission office — social service offices;

d) admission office — Record room;

e) Admission office — Cashier's windows;

f) information counter — social service;

g) waiting rooms — social service and admission;

h) paying patients' main lobby and out-patients' entrance hall — social service and admission service;

i) out-patients main lobby — Medical record room;

j) admittance to the Emergency Department;

k) out-patients' admission office — elevators' are.

F. P. AMARAL 390

The disciples of Pythagoras have been the founders of dietotherapy, but its foundations remained empirical up to the second half of the past century. Only then, and Rubner after him, laid the ground for a scientific dietology. But modern dietology made its appearance only in 1912 with Funk's monography on diseases resulting from lack of nutritional factors.

Later the utility of dietotherapy has been accepted also in many other diseases, besides the nutritional conditions, specially pediatry, obstetrics and surgery. Thus the medical specialty of dietology has been set up. Very soon, a need of auxiliary technicians was felt and the profession of the dietician came into being. In the U.S. it was at first oriented towards assistance in public health campaigns, but in Germany its main aim was, from the beginning, to help the doctor in having patients properly fed. As the feeding of the ill is only a particular case of collective feeding, dieticians — feels the A. — should be prepared to assist equally well in public health and in hospital activities. This principles was observed in the courses which the A. has organized since 1939 for a period of 20 years, and which were the first in Brazil.

Teaching of dietology and dietotherapy is very insufficient. The general clinicians and surgeons have often very inadequate knowledge in this field; this results in erroneous advices, f. ex. after surgery, leading to protracted carencial conditions. It was wrong not to have dietologists already before the appearance of dieticians. In result, nutrition in hospitals is not cared for as it should. Anachronical dietary systems from still in frequent use, the cooking methods result in unnecessary destruction of nutritional factors and make foods less appetizing. Lack of attention to cleanliness is staggering. Pressures for more economical operation of hospitals result in the hire of uneducated personnel in the dietary department. Food inadequacies thus constitute a serious problem to doctors and patients. The hiring of technician would in reality be much more economical.

To correct this situation, dietary services should be set up in the hospitals, under the care of specialized technicians, and physicians should get a better teaching of dietology and dietotherapy with the introduction of the discipline of dietology in the curriculum or the modernization of the program of Therapeutics, with inclusion of the necessary lectures and practice of dietotherapy. There should be also specialization courses of nutrology for doctors, considering the medical public health and social aspects of nutritional problems.

He deals also with the problems posed in courses for dieticians and technical cooks, selection of students, duration of the courses, etc., in accordance with his 20-years experience. Campaigns for correct feeding in the hospitals and at home, scientific interest and research with brazilian foodstuffs under brazilian conditions are much needed to solve economically the problem of proper feeding in our hospitals and our homes.

In advanced countries have been established Institutes of Nutrition to this purpose. In Brazil, however, the nucleus build in 20 years by the A. has been destroyed in consequence of lack of understanding of its paramount importance by the government and lack of backing by hospitals and workers organizations.

J. BIERER 337

Clubs for Social Therapy

The Author refers to his experience within clubs of social therapy for mentally abnorm persons. His conclusions:

1. We should do for the patient only what we do not succeed in having him do himself. Otherwise, he should keep entire responsibility and incentive to plan and act for himself.
2. The artificial atmosphere of consulting rooms should be avoided.
3. Circumstantial treatment sometimes gives results, closing the gap between understanding and acting accordingly.
4. In club treatment, besides transference, group influence, group tension and example are important factors, which increase sociability. There is also mobilization of the social therapist, of other patients and of situations on behalf of the patient's improvement, with economy of the doctor's time.
5. Clubs may be used preventively.

J. WEEKS 301

New Developments in Design and Construction of Hospitals

Address held at the Convention of Hospital Administrators,

Benrath Hospital, Düsseldorf 353

Acoustical Isolation of Office Divisions 400

Translated from the Architect's Journal of 17 Sept. 1957

S. HARDWICKE, HOWE, M. LEPPER, S. LISWOOD 368

Translated from HOSPITALS,

F. P. AMARAL 390

Dietary Department in Hospitals and education of the needed technicians (dietiticians and cooks).

H. BALLARINY 372

Administrative Behavior

Peroration to the graduates of the First Course on Hospital Administrative Practices of the Ministry of Health, Rio de Janeiro.

J. REIS 341

The Serious Problem of Hospital Infections

N. A. VELLOSO 309

A program of pediatric Nursing — II.

In this second part are given particulars on the practical use of the program published in vol. 12.

M. PAWEL 323

Standardization and Simplification of Clinical Laboratory Techniques.

Communication to the II Brazilian Congress of Military Medicine, dwelling on:

- 1) methods of blood collection,
- 2) blood quantity,
- 3) anticoagulants,
- 4) tubes for blood collection,
- 5) racks,
- 6) boxes for long distance transport of the racks,
- 7) trays for transport within the laboratory,
- 8) pipetting and pipettes,
- 9) coordinated procedure.

A. R. MATTOS 379

Adhesive Plaster

Description and Testing Requirements

IPH STANDARD N.º 4 362

Sterilizing Ovens

H. MEDEIROS 382

Progresses of Medicine and Medico-Social Organization in Sweden — II.

Summary in vol. 12.

SURVEY 317

on nursing resources and needs in Brazil

Introduction

D. C. C. ALEMÃO 331

Public Health Activities in Hospitals

Admission at the "Hospital de Clínicas de Pelotas" — Dr. Francisco Simões 357

Centralized Control Admission system

The admission service, as an integral part of the medical-administrative section, and particularly for the medical record room must be located within the administrative unit, so as to permit more rational, shorter and more direct interchanges.

All patients (patients of the private consultation offices of the hospital, paying in-patients, out-patients and emergency patients) must be registered at a Centralized admission Service, (in advance, whenever possible). The efficiency of the Service is closely related to the physical planning of the hospital. Several interchanges and definite groupings and sub-groupings must be considered.

The enclosed plans of the Hospital de Pelotas prove its feasibility.

ENGLISH SUMMARY 331

The author, after forming comments about the 3 big fields of present modern medicine, such as the curative medicine, the preventive medicine, and the social medicine, bases himself upon the more ample definition of Public Health, in order to face the problem of hospital assistance as one of the aspects of sanitary programs.

In succession, he comments about the functions and typical activities of Public Health, focalizing the actual doctor's position facing the trilogy of correct hospital practice: **profilaxis — diagnosos — treatment**. Judging, justhermore, modern hospitalization, extending the definition of Health World Organization, which he considers to be "an entily of diagnosis and treatment, which evercices curative and preventive medicine to the population in general, and contributes to the physical, mental and social wellbeing of the individuals".

In order to better understand the subject, he shows the question as indispensable qualifications that a hospital must have in order to be considerad MODERN, pointing out the various functions of a hospital organization.

He also demonstrates the existing coordination bet ween sanitary and hospital organizations, indicating the various types of possible relationships between the hospital and Public Health, citing the desirable ideal: the Health Hospital Centre.

In the end, he shows the big field of activities in Public Health that should be developed in hospital ambits, particularly the Sanitary Education, Vital Statistics, Epidemiology, Sanitation, Hygiene of Alimentation and Nutrition, Pre-marital Hygiene, Maternal and Prenatal Hygiene, Infantile Hygiene, Pre-school and School Hygiene, Adult Hygiene, Mental and Industrial Hygiene, and Sanitary Research.

REPRESENTAÇÕES, DELEGAÇÕES E CORRESPONDENTES DO I P H

SEDES ESTADUAIS DO IPH

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

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

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

IPH — Espírito Santo
Rua Coronel Manjardim, 147
Vitória — Estado do Espírito Santo
Representante: Arq. Maria do Carmo de Naves Schwab

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

IPH — Goiás
Av. Tocantins, 29
Goiânia — Estado de Goiás
Representante: Dr. Elder Rocha Lima
Secretário: Eng. Paulo de Bastos Cirilo

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

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

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

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

DELEGAÇÕES MUNICIPAIS DO IPH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVOS DELEGADOS

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

IPH — Santa Maria
Av. Ipiranga, 2332
Santa Maria — Rio Grande do Sul
Delegado: Alcides Pozzobon

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

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

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

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

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

CORRESPONDENTES DO IPH

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

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

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

NÃO PERMITA A FORMAÇÃO DE VÁCUO NA CÂMARA
INTERNA DA AUTOCLAVE, NEM ANTES E NEM APÓS A ESTERILIZAÇÃO

Nuffield House, Hospital Musgrave Park, Belfast. Vista geral. Arquiteto R. Ll. Davies, Arquiteto Assistente John Weeks. Copyright Architectural Review. Fotografia de Burgh Galwey.



Novos Desenvolvimentos em Projetos e Construções de Hospitais

JOHN WEEKS, A. R. I. B. A.

O arquiteto John Weeks, como todos sabem, é membro proeminente da equipe da Nuffield Foundation, exercendo presentemente o cargo de Diretor Adjunto da Divisão de Estudos de Arquitetura. Seu nome já é sobejamente conhecido nos meios hospitalares nacionais e internacionais, e não podemos ter a veledade de apresentá-lo aos nossos leitores. Agradecemos, isto sim, a honra conferida a HOSPITAL DE HOJE por John Weeks, ao enviar-nos um trabalho seu para publicação.

Em recente conferência acentuei a importância de haver flexibilidade, tanto no uso do espaço disponível em um hospital como em seu planejamento. Gostaria agora examinar mais de perto os princípios que constituem a base para o planejamento geral de hospitais, afim de relacionar este conceito de flexibilidade com outras exigências.

Uma forma adequada para um hospital geral poderia ser obtida, partindo da idéia de um bloco de unidades de enfermagem agudas padrão e de um edifício separado para departamentos diagnósticos e ancilares. Uma solução então será o bloco vertical de unidades de enfermagem idênticas, com transporte vertical comum, e por baixo

ou ao lado uma construção térrea para todos os demais departamentos e as unidades de enfermagem que não pudessem ser colocadas, por não se ajustarem ao padrão estabelecido, no bloco vertical. Outro tipo de plano será uma construção inteiramente térrea, como é o novo hospital de Slough, em que somente residências e escritórios administrativos são alojados em blocos de muitos andares.

Cada um destes planos-tipo atende às necessidades de flexibilidade e crescimento, e oferece vantagens sobre o tipo de blocos paralelos muito apreciado na Europa. Exemplos deste último tipo são o Karolinska e o Söder em Stocolmo e o Bürgerspital em Basilea. Neste tipo, todas enfermeiras es-

tão em um bloco na face insolada e com visão livre, e todos demais departamentos estão em outro bloco, disposto paralelamente ao primeiro fazendo seu lado não insolado. Aí estão facilmente acessíveis, em todos os níveis, a partir das enfermarias. Entretanto o segundo bloco está sempre na sombra do primeiro e o planejamento com superposição dos departamentos torna difícil qualquer expansão: extensões só podem tomar a forma de edifícios adicionais separados dos blocos principais.

Mas embora o planejamento em "torre e panqueca", quer com as enfermarias quer a administração no bloco vertical e o restante em construção baixa, facilmente extensível, em torno da base da "torre", ofe-

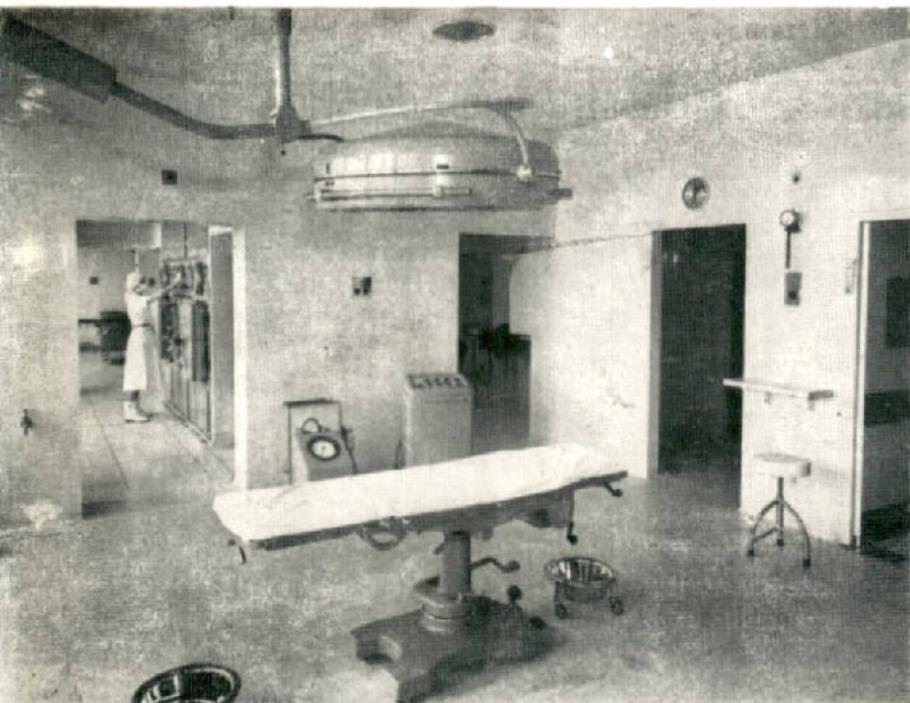


reça soluções bem adequadas, não são elas as únicas. Em verdade, cada problema de planejamento hospitalar apresenta combinação singular de circunstâncias e seria vão tentar de obter uma fórmula que pudesse cobrir tôdas possibilidades.

Qualquer que seja a solução, a provisão para crescimento e alterações é importantíssima. O crescimento será irregular, podendo haver simultaneamente expansão de um setor e declínio de outro, e então a realocação de espaços e salas, que nunca para, procurará acomodar as necessidades alteradas. Se houver continuidade de espaço dentro do prédio e continuidade de comunicações, permitirá nova distribuição e expansão. Mas outro fator deve ser considerado para que o hospital não venha a ser, em consequência, um labirinto de departamentos perfurado por passagens angulosas.

Uma exigência muito importante na feitura de projeto de edifícios grandes e complexos é que sejam compreensíveis para seus usuários. O problema é similar ao planejamento urbanístico: Algumas cidades permitem ao cidadão uma fácil orientação. Londres, com seu eixo leste-oeste paralelo ao rio Tamisa e eixos norte-sul secundários, permite orientação relativamente fácil. Cidades radiais com mais de um centro para os raios, como Paris e Washington, oferecem dificuldade a quem procura um caminho. Cidades como Veneza, então, somente permitem orientação com auxílio de mapa. As ruas estreitas não permitem fixar pontos de referência a distância e ao nível das ruelas não há detalhes marcantes que se fixem na memória. Há hospitais que são como Veneza, embora lhes falte o "charme".

Felizmente o planejamento de um hospital é mais fácil que o de uma cidade. Será talvez comparável ao planejamento de uma aldeia. Na aldeia sempre haverá para referência e orientação ou uma praça central, um parque central ou uma rua principal. Quando planejamos um hospital, é preciso lembrar firmemente esta necessidade de compreensibilidade do traçado, não somente no primeiro estágio, mas também para estabelecer as linhas de comunicações nos estágios subsequentes. O edifício precisa sempre ser projetado de modo que seu traçado possa ser sentido pelos que o usam. Para doentes isto é de especial importância: a compreensão dos limites de nosso ambiente é confortador; a percepção da vastidão para além do visível é aterradora.



Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Sala de operações. Fotografia Nursing Mirror.



Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Sala de trabalho no Centro de Material Esterilizado. Copyright Nursing Times. Fotografo Photo-Reportage, Londres.

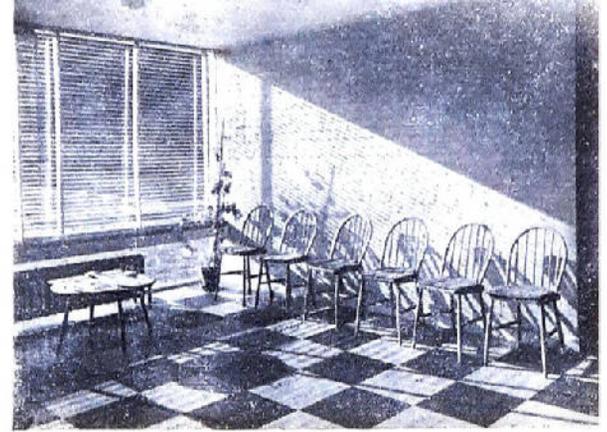
Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Parte da enfermaria de 6 leitos. Copyright Times. Fotografo Photo-Reportage.

Dois exemplos de hospitais antigos que satisfazem a este respeito são o de S. Thomas e o Royal Victoria, em Belfast. Em ambos o fator de orientação é um corredor simples que corre de uma ponta a outra do edifício e forma a "rua principal" do hospital. Todos departamentos têm acesso por esta rua, que se torna não somente espaço de comunicação, mas ainda um lugar onde se encontra gente e onde podem ser feitas aquisições. Caminhar por este corredor não é somente transportar-se de um local para outro, mas uma sucessão de acontecimentos interessantes.

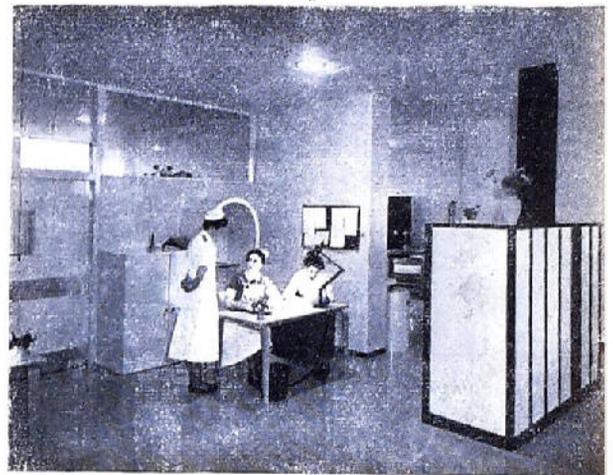
Meu apelo por maior flexibilidade do projeto deve por conseguinte ser considerado juntamente com dois outros: um por flexibilidade em encarar o projeto e o outro por uma concepção geral do edifício como um organismo em vias de crescimento, mas sempre ordenado e compreensível em todos estágios de seu crescimento. A base da circulação pode ser uma linha, uma cruz, um quadrado ou um círculo, mas esta base deve continuar a servir de fundação a qualquer alteração estrutural, permanecendo sempre a idéia ordenadora do conjunto. Segue-se por conseguinte que o plano de desenvolvimento de um hospital deve ter como ponto de partida um esquema de comunicações facilmente compreensível. Além disto, a organização do complexo de edificações deve ser aparente à observação do exterior.

Algumas formas de edificação são difíceis de aprender. Na forma em Y, por exemplo, de qualquer ponto das redondezas, do chão, somente 2 alas são visíveis, a terceira está sempre escondida. É o caso do novo edifício da Unesco, em Paris. Também internamente esta forma causa confusão. Como na confluência das ruas junto ao Arco de Triunfo, o encontro de 3 direções, em ângulos que não são retos, desorienta curiosamente.

O hall de entrada pode ser a chave que abre à compreensão as dimensões de um prédio a uma pessoa que nele penetra pela primeira vez. Um hall que atravessa todo

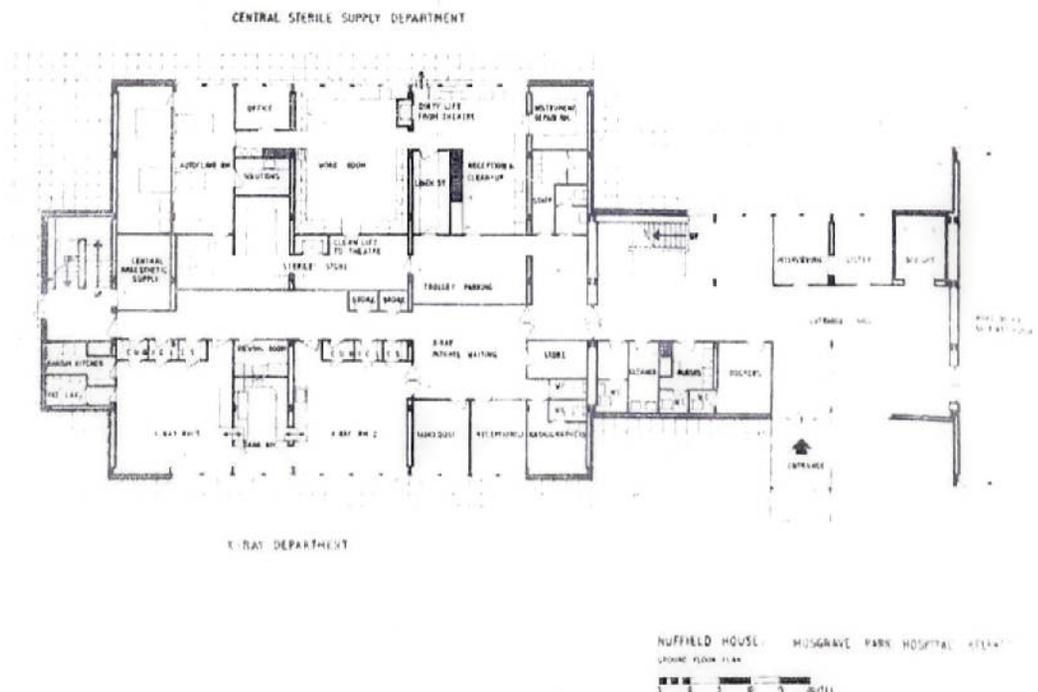


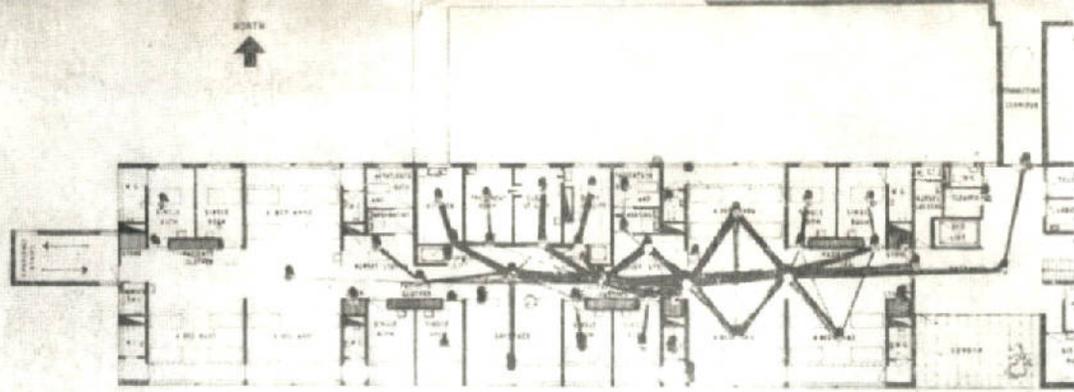
Centro Diagnóstico Nuffield em Corby. Nuffield Provincial Hospitals Trust. Espaço para espera. Arq. R. Llewelyn Davies. Fotografia de Burgh Galwey.



Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Posta de Enfermagem. Fotografia Nursing Mirror.

Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Planta do Andar Terço.





o prédio, de modo que o limite de sua profundidade é desde logo aparente, e do qual o exterior pode ser visto em 2 direções opostas, inspira um sentimento de segurança. Outro, em que toda vista panorâmica é bloqueada, logo dá a impressão de uma armadilha cheia de atividades misteriosas. Esta sensação será agravada si já ao aproximar-se do edifício, está obstruída a visão para além dele. Eu já disse que corredores longos e retos, como ruas principais, oferecem pontos de referência valiosos para quem esteja em qualquer sitio do prédio. Caminhar por estas ruas deve ser pontilhado de acontecimentos, si o planeamento é bem sucedido. Lojecos devem abrir para elas, espaços de espera também, com uma barreira baixa e janela abrindo para um jardim no lado oposto. Ora uma vista panorâmica, ora um pátio enfeitado com um repuxo. Tudo isto pode contribuir para o prazer de usar uma rua de hospital. Escadarias e elevadores também podem ajudar ou dificultar a orientação. Si você entra em um elevador por um lado e sai de outro, para area de aspecto e orientação completamente diferente, você está perdido, e um doente apreensivo possivelmente sentirá que nunca mais será capaz de encontrar o caminho de volta ao mundo amigo lá de fora. Estes parecem ser pormenores sem impor-

tância, em comparação com os vastos problemas de engrenamento com que nos confrontamos ao projetar um hospital. Mas são relevantes, não somente para o bem-estar dos doentes, mas ainda para criar uma atmosfera de comunidade entre todos que trabalham no hospital. Sociólogos determinaram que o tamanho máximo para um grupo de trabalho bem sucedido é de aproximadamente oito pessoas, Parkinson assinala que usualmente não há interação completa entre todos componentes do grupo se êle é maior, e formam-se subgrupos dentro dele. Acredito que interação similar pode ser observada entre uma comunidade de pessoas e seu ambiente. Uma comunidade grande costuma fragmentar-se na periferia em comunidades menores; limitar seu tamanho é uma maneira de prevenir a fragmentação, outra é de projetar o prédio de modo que nenhum departamento fique em posição isolada, e que todos estejam relacionados de maneira definida com o esquema de comunicações e orientação interna adotado.

O bloco de enfermagem experimental da equipe de pesquisas Nuffield, perto de Belfast, está baseado em um andar de 40 leitos, divididos entre 2 unidades de enfermagem de 20 leitos. Em Swindon, a experiência com unidades de 20 leitos foi bastante

satisfatória, operadas como são a base do conceito de equipe de enfermagem dirigida por enfermeira diplomada. A unidade composta de 40 leitos foi constituída atendendo ao fator adicional do uso econômico dos compartimentos ancilares. Provisão e tamanho destes espaços depende frequentemente menos do volume de trabalho que do equipamento a albergar. Uma vez instalados, podem servir mesmo a mais de 40 leitos, sendo comuns, nos E.U.A., andares de 60 leitos.

Em Grã-Bretanha, a adoção de unidades compostas maiores depende de uma adaptação da organização da enfermagem: Hospitais americanos obtêm flexibilidade maior pelo uso de quartos de um a quatro leitos, completamente separados dos corredores, e pouco uso de salas de estar para doentes, em parte devido à alta mais precoce. Também em Belfast e Larkfield, alguns doentes preferem permanecer no recanto junto ao seu leito, embora em geral as salas de estar fiquem cheias. O ideal parece ser um termo médio entre a segregação absoluta do paciente da vida da unidade, característica de alguns hospitais americanos, e a completa integração na unidade nas tradições de Nightingale. Quartos grandes, abertos para os corredores reduzem a flexibilidade, quartos fechados a aumentam. Em

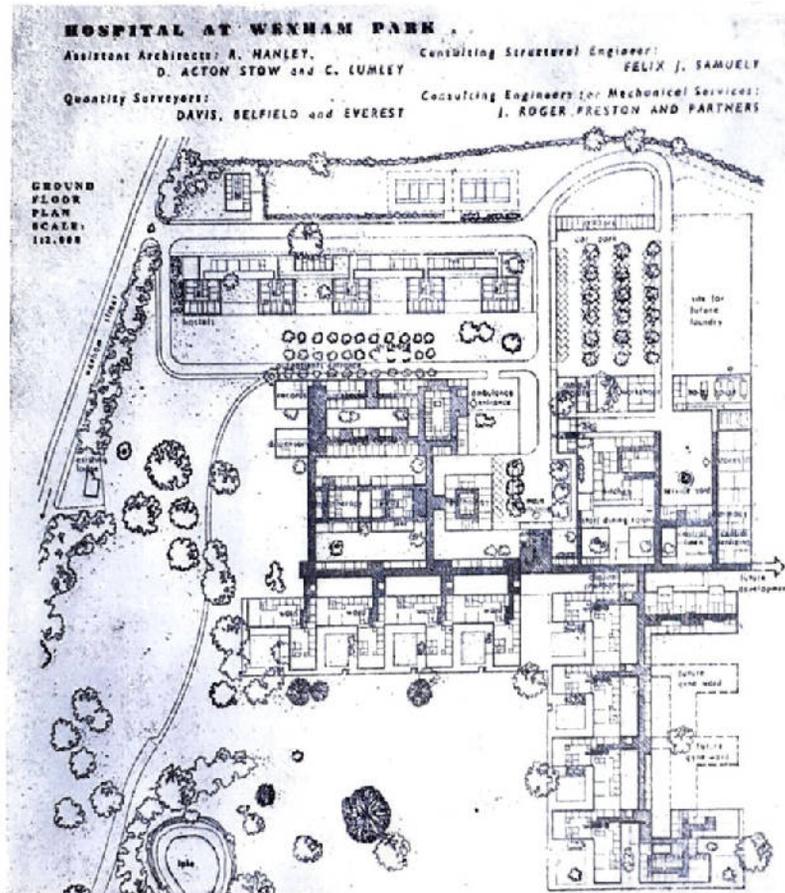


Hospital Princesa Margarida, Swindon. Arquitetos Powell e Moya. Arq. Consultor Richard Llewellyn Davies.

Movimentos de uma equipe de enfermeiras das 7.30 às 20.30 horas era uma unidade com 2 equipes, no Hospital Larkfield, Greenock. A equipe estava encarregada dos cuidados a 16 pacientes na metade direita da unidade de enfermagem e consistia de 1. Enfermeira de quadro (meio dia), 2. Enfermeira Senior, 3. Enfermeira Junior, (meio dia), 4. Enfermeira Substituta.



Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Sala de estar para internados. Copyright Nursing Times, Fotografia Photo-Reportage, Londres.

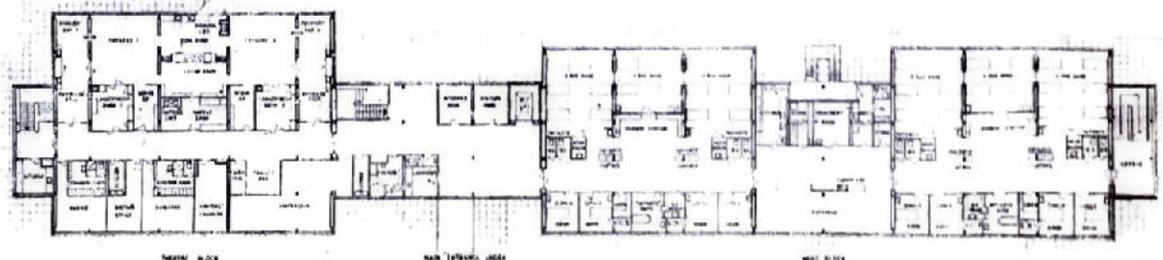


Hospital de Wexham Park, Slough. Arquitetos Powell e Maya. Arqs. Consultores Richard Llewelyn Davies e John Weeks.

Belfast e Larkfield tentou-se um termo médio.

A parte do arquiteto é importantíssima, no projetar de um hospital, dentro da equipe para tanto indispensável. Ainda mais importante que o projeto físico é a faceta humana, de fazer o hospital funcionar. Se houver entusiasmo suficiente, ele funcionará a despeito de um ambiente obsoleto, ou precário, como as construções de emergência levantadas durante a guerra. Mas o arquiteto não pode deixar de atender a certos critérios estéticos e funcionais, devendo fundir tudo em um todo que ofereça uma atmosfera harmoniosa, de calma e cooperação, procurando a resultante ordenada das múltiplas exigências em conflito que lhe são feitas. — Virtuosidade não voa neste contexto. Ele é parte de uma equipe preocupada em atender às necessidades de pessoas doentes e lhe é exigido um planejamento sábio, e não um monumento pomposo. Um dos maiores arquitetos, Mies van der Rohe, disse uma vez: "Não quero ser interessante, quero ser bom!" Hospitais planejados com este espírito são melhores. Embora com aureola de glória fugaz, o prédio "interessante", se não for **bom**, não inspira aqueles que nele trabalham — e que provavelmente não lêem as revistas de arquitetura — nem orgulho nem satisfação nem prazer.

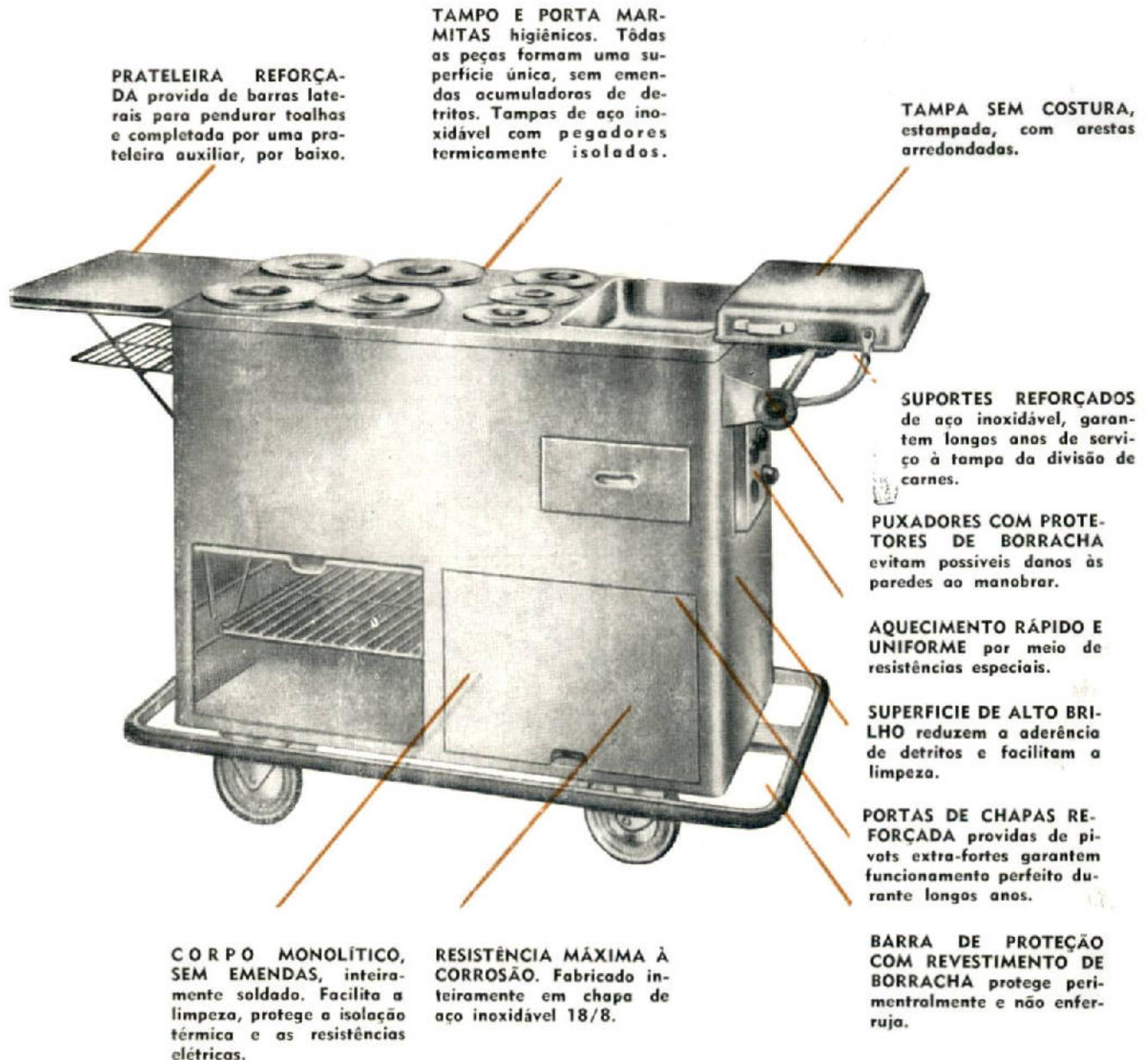
Nuffield House, Hospital Musgrave Park. Planta do Primeiro Pavimento.



I M E C

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

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



EM EXPOSIÇÃO

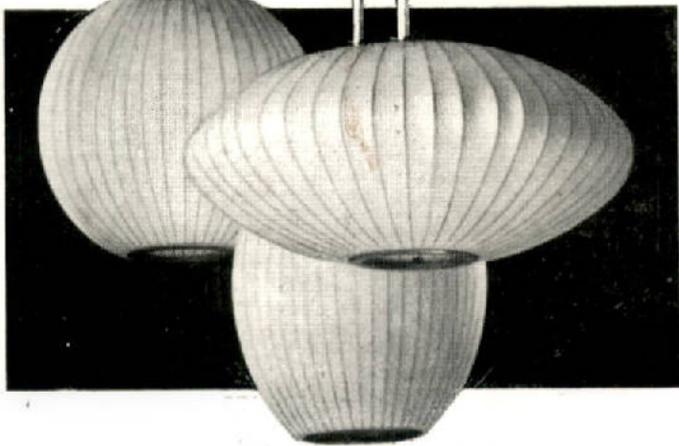
INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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

BALOON

nova concepção luminosa para repouso e encanto de seus olhos!

Baloon é luz suave, repousante. O ambiente se transforma, imantado de iluminação acolhedora e difusa. Leve e de formas graciosas, Baloon comunica uma nota atraente a toda decoração moderna. Magnificamente idealizado em armação metálica e recoberto de material resistente, Baloon é de fácil limpeza, conservando sempre sua beleza original. Desenhado originalmente pelo famoso arquiteto norte-americano George Nelson, Baloon é fabricado no Brasil sob licença da "Howard Miller Clock Company"



São Paulo:
R. Pelotas, 141 - Fone: TD-4046
R. Augusta, 2640 - Fone: B-3697
R. Major Sertório, 142
Campinas:
R. Benj. Constant, 1219 - Fone: 6643
Rio de Janeiro:
R. Figueiredo Magalhães, 304-B

Produção exclusiva de:

 **LUSTRES PELOTAS**

S. J. da Mello 12 003

Uma organização de
âmbito nacional
para bem servi-lo

VIDROS - CRISTAIS - ESPELHOS
VITRAIS - CRISTALIQUES - REVESPEL

CIA. COMERCIAL DE VIDROS DO BRASIL

CVB

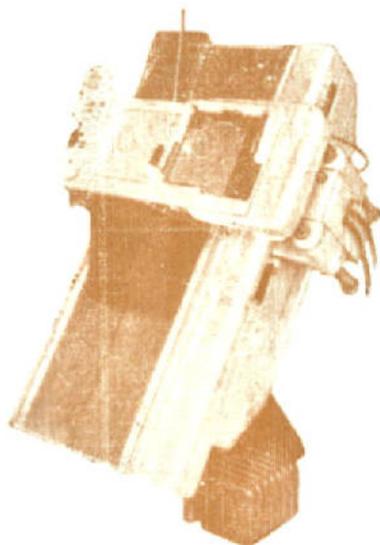
SEDE SOCIAL:

RUA CONSELHEIRO CRISPINIANO, 317
SÃO PAULO



FILIAIS:

SÃO PAULO - SANTO ANDRÉ - SANTOS
RIO DE JANEIRO - NITERÓI - B. HORIZONTE
SALVADOR - P. ALEGRE - SANTA MARIA
RECIFE - FORTALEZA - CURITIBA - LONDRINA
UBERLÂNDIA - GOIÂNIA



SIEMENS

Tradição de qualidade

APARELHOS DE RAIOS-X:

de Diagnósticos e Terapia.

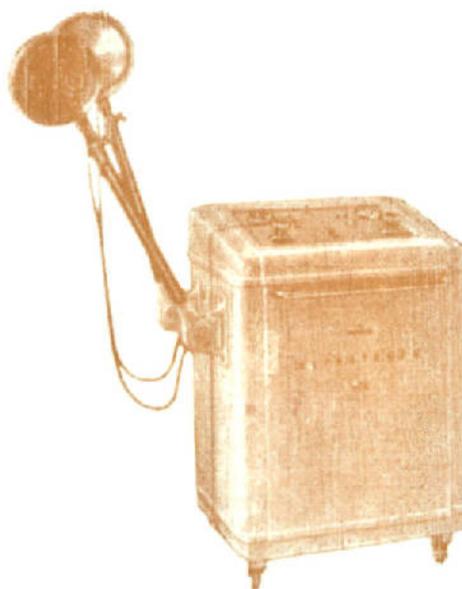
APARELHOS DE FISIOTERAPIA:

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

EQUIPAMENTO CIRÚRGICO:

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

**TODO EQUIPAMENTO HOSPITALAR!
GABINETES DENTÁRIOS!**



CASA LOHNER S. A.

MÉDICO-TÉCNICA

Rua São Bento, 220 — Fone: 33-2175

Telegr.: "Renol" — São Paulo

Matrix: Rio — Av. Rio Branco, 133

Filiais e Agências: São Paulo, Londrina,

Presidente Prudente, Baurú, Ribeirão

Prêto, Uberaba, Goiânia, Pôrto Alegre,

Blumenau, Curitiba, Belo Horizonte,

Varginha, Vitória, Salvador, Maceió,

Recife, Fortaleza, São Luiz, Belém e

Manáus.



UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

NAHYDA DE ALMEIDA VELOSO (1)

II

ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. Ensino Clínico e Estágio (1)

Aplicação prática dos programas anteriores

Unidade I — A criança sadia (2)

Objetivo: Proporcionar ao estudante oportunidade de observar: (a) o comportamento da criança sadia de idade pre-escolar, a fim de que ele possa compreender as variações de comportamento causadas pela doença; (b) instituições relacionadas com a criança, para que ele tome conhecimento dos recursos existentes na comunidade.

Local: Jardins de Infância

Número de estudantes: 8 a 10

Duração do estágio: uma semana

Horário: período da manhã

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
<p>1. Observação de crianças sadias</p> <p>A. Orientação sobre como fazer essa observação em Jardins de Infância. Distribuição das folhas de OBSERVAÇÃO DE CRIANÇAS NA ESCOLA (APENSO 2) e GUIA PARA OBSERVAÇÃO DE ESCOLAS (APENSO 3) e explicação sobre o preenchimento das mesmas.</p>	45 m	

B. Visitas a Jardins de Infância com os estudantes.	20 hrs	Observação de crianças de 3 a 7 anos, isoladas e em grupos, em Jardins de Infância. Preenchimento dos Apensos 1 e 2.
C. Comentários sobre os Apensos 1 a 2 já preenchidos.	1 h	Participação nos comentários.
2. Observação de Instituições relacionadas com a criança		
A. Preparo dos estudantes para visitas a instituições tais como: Parque Infantil, Biblioteca Infantil, Departamento de Puericultura da Escola Normal Caetano de Campos, etc. e orientação sobre como relatar as visitas.	15 m	
B. Visita às instituições com os estudantes.	6 hrs	Observação de Instituições relacionadas com a criança. Relatório escrito das visitas (cada visita é relatada por um grupo de 2 a 3 estudantes).
C. Comentário sobre os relatórios das visitas.	1 h	Participação nos comentários.

Aproximadamente 29 hrs

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

Unidade II — O cuidado da criança de 0 a 3 anos (2)

Objetivos: 1. Proporcionar ao estudante oportunidade de observar e compreender a criança deste grupo etário. 2. Ensiná-lo a aplicar, nos cuidados de enfermagem, os conhecimentos teóricos adquiridos.

Local: Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas. Ala Sul (24 leitos).

Número de estudantes: 6 no máximo

Duração do estágio: duas semanas

Horário: 1.ª semana, período da tarde. 2.ª semana, período da manhã

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
<p>1. Orientação à Clínica Pediátrica, ao estágio e ao programa de ensino (3)</p> <p>A. Explicação sobre</p> <p>a) organização do corpo médico</p> <p>b) Algumas rotinas da enfermaria</p> <p>c) conferências individuais e em grupo durante o estágio e escala das mesmas.</p> <p>d) estudos de caso, orais e escritos, a serem feitos. (Apenso 4)</p> <p>e) outros trabalhos escritos</p> <p>f) rodízio dos estudantes no estágio (Apenso 1)</p> <p>B. Distribuição de pacientes com explicação de diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem</p> <p>C. Apresentação da Bibliografia (Apenso 10)</p>	2 hrs	
<p>2. Visita com os estudantes à Clínica Pediátrica</p>	1h 30m	<p>Visita à Clínica Pediátrica para:</p> <p>a) apresentação à Enfermeira Chefe, ao pessoal de enfermagem e aos médicos.</p> <p>b) verificação de: rotinas, livros de Ordens Especiais, cartões de medicamentos, Relatório de Enfermagem, cadernos de exames de laboratório, Raios X e Consultas nos Ambulatórios.</p> <p>c) estudo da papeleta de seus pacientes.</p>
		<p>3. Demonstrações (4)</p> <p>Banho do bebê e sua vestimenta</p> <p>Pesagem da criança</p> <p>Arranjo de berço e de cama</p> <p>Colheita de urina</p> <p>Compressão de umbigo</p> <p>Manejo de tenda de oxigênio e de ressuscitador</p>
		<p>4. Supervisão da prática dos estudantes</p>
		<p>5. Estudo de caso oral</p> <p>A. Orientação dos estudantes na escolha de pacientes para apresentação de estudo de caso.</p> <p>B. Comentários sobre os estudos de caso</p> <p>Correção dos mesmos</p>
		<p>6. Visita do Serviço de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia.</p> <p>A. Preparo dos estudantes para a visita</p> <p>B. Visita acompanhando os estudantes</p> <p>C. Comentários sobre a visita e sobre o relatório desta</p>
		<p>7. Conferências em grupos (5)</p>
		<p>Aproximadamente 18 hrs</p>
		<p>Devolução das técnicas(4)</p> <p>Cuidados de enfermagem e reação dos pacientes</p> <p>Escolha de paciente para os estudos de caso (Cada estudo é feito por um grupo de 2 a 3 estudantes)</p> <p>Colheita de dados sobre o paciente (feita fora das horas de estágio)</p> <p>Preparo do estudo</p> <p>Apresentação oral, para todo o grupo (de 8 a 11 estudantes) de um ou dois estudos de caso.</p> <p>Participação do grupo nos comentários.</p> <p>Visita à Santa Casa de Misericórdia</p> <p>Relatório escrito da visita, feito por um grupo de 2 a 3 estudantes</p> <p>Participação nos comentários</p> <p>Participação nas discussões</p>

Unidade III — O cuidado de criança de 4 a 12 anos (2)

Objetivos: Idênticos aos da Unidade II, aplicados a um grupo etário diferente.

Local: Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas (Ala Norte 20 leitos) + 1 enfermaria para tétano umbelical.

Número de estudantes: 6 no máximo

Horário: período da manhã

Duração do estágio: uma semana.

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1. Orientação A. Explicação sobre os objetivos do estágio e do programa. B. Distribuição de pacientes com explicação de diagnóstico, tratamento e cuidados de enfermagem.	15 m	
2. Supervisão da prática dos estudantes		Cuidados de enfermagem e recreação dos pacientes
3. Estudo de caso A. Orientação dos estudantes na escolha de pacientes para apresentação do estudo de caso.	15 m	Escolha de paciente para estudo de caso (cada estudo é feito por um grupo de 2 a 3 estudantes) Colheita de dados sobre o paciente (feita fora das horas de estágio) Preparo do estudo Apresentação oral, para todo o grupo, do estudo de caso
B. Comentário sobre os estudos de caso e correção dos mesmos.	2 hrs	Participação do grupo nos comentários
4. Conferências em grupos ⁽⁵⁾ , como na unidade II.	1 h	Participação nas discussões

Aproximadamente 3 hrs 30

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1, 2, 3 e 4. Como na unidade anterior 5. Orientação sobre o preparo psicológico da criança e família para operação	5hrs 30	Como na unidade anterior Preparo psicológico da criança e família para a operação.

Aproximadamente 5hrs 30

Unidade V — **O cuidado de crianças em Ambulatório**^{(6) (7)}

Objetivo: Integrar os aspectos preventivo e social no cuidado da criança.

Local: Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas.

Número de estudantes: 2 a 3

Duração do estágio: duas semanas

Horário: período da manhã

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1. Aula teórica de "Introdução ao Ambulatório"	1 h	
2. Orientação ao Ambulatório: dependências e funcionamento.	30 m	
3. Imunizações Demonstração de vacina anti-variólica, reação de Mantoux, B.C.G. e tríplice vacina Supervisão da prática dos estudantes	4 hrs	Prática de Imunizações
4. Palestra Demonstração de palestra para a mãe do paciente. Supervisão das palestras feitas pelas estudantes.	1 h	Palestras de orientação à família do paciente sobre o cuidado físico, mental, emocional e social da criança.
5. Visita domiciliar A. Demonstração de visita domiciliar, no lar da criança escolhida para estudo de caso escrito. (Feita para cada estudante individualmente).	2 a 3hrs	Observação de visita domiciliar; participação na educação sanitária.

Unidade IV — **O cuidado de crianças de 0 a 12 anos nos períodos pré e pós operatório**⁽²⁾

Objetivos: 1. Dar oportunidade ao estudante de fazer o preparo psicológico da criança para operações. 2. Ensiná-lo a lidar com crianças operadas.

Local: Enfermaria de cirurgia infantil da 3.ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas

Número de estudantes: 2 a 3

Horário: período da manhã

Duração do estágio: duas semanas

B. Comentários sobre os relatórios de visita. Participam a professora de Enfermagem de Saúde Pública, a de Enfermagem Pediátrica e a assistente desta.

3 a 4 hrs

Relatório oral da visita feito pela estudante para o grupo (8 a 10 estudantes)
Participação do grupo nos comentários.

6. Admissão de paciente através do Ambulatório (8) (9)

30 m

Admissão de criança à enfermaria

A. Supervisão da admissão (Apenso 5)

Apresentação para o grupo, da admissão

B. Comentários sobre o Apenso 5 já preenchido

1 h

Participação do grupo nos comentários

7. Conferências em grupos Como nas unidades anteriores

2 hrs

Participação nas discussões.

Aproximadamente 16 hrs

Unidade VI — O cuidado de crianças de 0 a 12 anos em Pronto Socorro (2)

Objetivo: Desenvolver no estudante o espírito de iniciativa necessário em casos de emergência.

Local: Pronto Socorro Infantil do Hospital das Clínicas

Número de estudantes: 4 ou 5

Duração do estágio: duas semanas

Horário: período da manhã

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1. Orientação à enfermaria e distribuição de pacientes		
2. Estudo do caso Orientação na escolha do paciente e Comentário sobre o estudo de caso apresentado		Apresentação oral, para todo o grupo, de um estudo de caso feito pelos 4 últimos estudantes que estagiam no Pronto Socorro
3. Conferências em grupos (5) como nas unidades anteriores	2 hrs	Participação nas discussões
4. Supervisão da prática dos estudantes		Cuidados de enfermagem

Aproximadamente 3 hrs

Unidade VII — Orientação à Recreação da Criança (2)

Objetivo: 1. Proporcionar ao estudante oportunidade de conhecer o efeito da recreação no comportamento da criança. 2. Orientá-lo no tipo de recreação adequada a cada idade e na confecção de brinquedos simples e baratos.

Local: Sala de Recreio da Clínica Pediátrica

Número de estudantes: 2 a 3

Duração do estágio: duas semanas

Horário: período da manhã ou da tarde

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1. Aula teórica sobre Rotina da Sala de Recreio	1 h	
2. Orientação à Sala de Recreio e ao estágio	1 h	
A. Explicação sobre como orientar o brinquedo das crianças.		
B. Explicação sobre o preenchimento da folha de OBSERVAÇÃO DE CRIANÇAS NA SALA DE RECREAÇÃO. (Apenso 6)		Preenchimento da folha de OBSERVAÇÃO
C. Comentários sobre as folhas de OBSERVAÇÃO já preenchidas.	4 hrs	Participação nos comentários
3. Supervisão da prática dos estudantes		Orientação das crianças na Sala de Recreação
4. Trabalho manual ou escrito de recreação: explicação sobre a tarefa.		Cada estudante apresenta um brinquedo, história ou peça de teatro por ele ideado e realizado.
5. Conferências em grupos (5)	2 hrs	Participação nas discussões
6. Festa oferecida às crianças no final do estágio (Ver atividades da última semana)		

Aproximadamente 8 hrs

Atividades da Professora	Tempo aproximado	Atividades do Estudante
1. Estudo do caso escrito ⁽¹¹⁾		Preparo, apresentação e discussão idênticas às do estudo de caso oral.
2. Registro de Atividades Explicação ⁽¹⁰⁾ sobre o preenchimento da folha de REGISTRO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (Apenso 7) Resumo e correção das folhas de REGISTRO		Preenchimento da folha de REGISTRO
3. Festa oferecida às crianças	2 hrs	O grupo ensaia uma festa com recitativos, canto, pecinha teatral, etc.
Orientação e ensaios	2 hrs	Realiza a festa preparando também uma mesa de doces e refrescos. (A Escola e o Hospital fornecem o material)
4. Avaliação do estudante A. Preenchimento do BOLETIM DE EFICIÊNCIA do estudante (feito a lapis) B. Discussão, com cada estudante, sobre Boletim de Eficiência. Tanto a nota como os dizeres estão sujeitos a modificação.	20 a 60 m	Discussão com as professoras, sobre o Boletim de eficiência (individual)

5. **Avaliação dos professores e do estágio**

A. Explicação ⁽¹⁰⁾ sobre preenchimento da folha de AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO TEÓRICO E PRÁTICO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (Apenso 8)	
B. Comentários sobre as folhas de avaliação já preenchidas (último dia de estágio)	1 h

Preenchimento da folha de AVALIAÇÃO

Aproximadamente 6 hrs 30

- (1) Ensino repetido para cada grupo de estudantes escalados para estágio.
- (2) Ensino e Supervisão: professora de Enfermagem Pediátrica e sua assistente.
- (3) Feita na manhã de sábado da semana dedicada à Unidade I.
- (4) Feitas à tarde, quando a clínica é menos movimentada.
- (5) Durante todo o estágio estas reuniões são feitas duas vezes por semana, em períodos de 30 a 40 minutos, para discussão sobre o trabalho na clínica e sobre a passagem de pacientes de um estudante para outro, com explicação de diagnóstico, tratamento, reações emocionais das crianças e cuidados de enfermagem adequados a cada um. **Finalidade.** Os estudantes conheceram o paciente como um todo, respeitando suas diferenças individuais.
- (6) Estágio precedido do curso de Dietética Infantil.
- (7) Ensino e Supervisão: professora de Enfermagem de Saúde Pública.
- (8) Ensino e Eupervisão: professora de Enfermagem Pediátrica.
- (9) Orientação a admissão dada anteriormente, no curso teórico de Enfermagem Pediátrica. Nem todos os estudantes têm oportunidade de fazer uma admissão, razão pela qual são as admissões discutidas em grupo.
- (10) Ver rodapé n.º (3).
- (11) Correção feita pelas 3 professoras.

(continua)

C A D A P A S S O A M A I S P E S A E C U S T A

D É A O B R A S I L H O S P I T A I S D E

B A I X A D E N S I D A D E L I N E A R

NOS HOSPITAIS MODERNOS



HIGIENE INCOMPARÁVEL

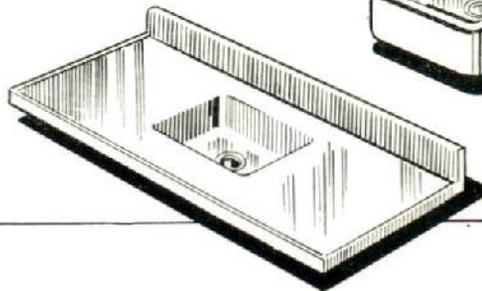
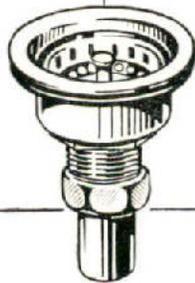
Beleza extraordinária

NÃO LASCA

Ecônomia pela durabilidade infinita

NÃO ENFERRUJA

Evita a quebra de louça

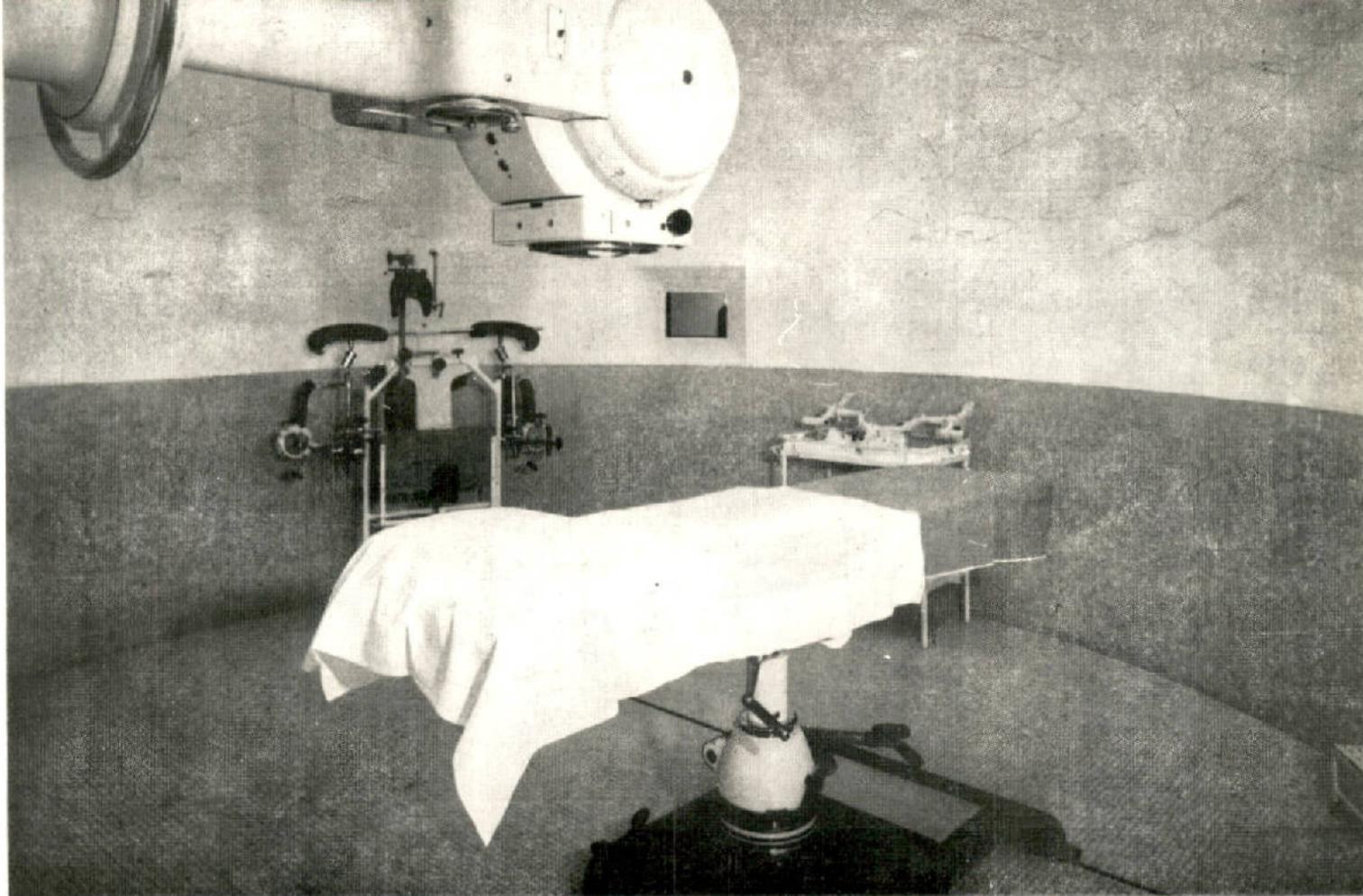


CASA INOXIDÁVEL — Artefatos de Aço Ltda.
Avenida Presidente Wilson, 210 — 3.º andar
Fone: 22-8733 - caixa postal, 4581 - Rio de Janeiro

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

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

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



HOSPITAL DO CÂNCER DE S. PAULO — SALA DA BOMBA DE COBALTO — PISO E PAREDES, EM "VIDROTIL"

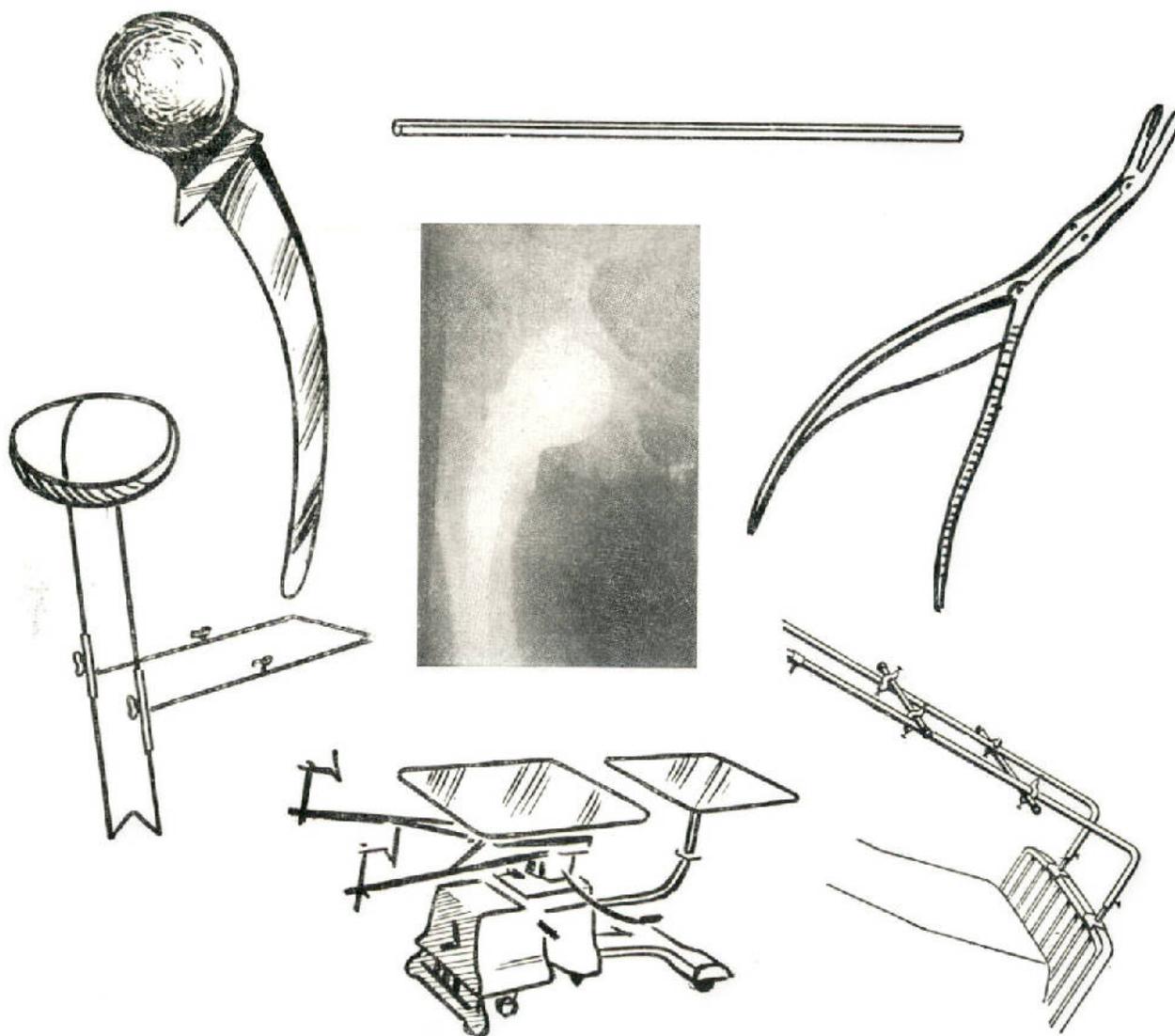
COM A FINALIDADE DA OBTENÇÃO DE UM MATERIAL ALTAMENTE DECORATIVO QUE, ALÉM DE ESTÉTICA, TIVESSE EM CONSIDERAÇÃO TAMBÉM AS FINALIDADES HIGIÊNICAS E A VANTAGEM ECONÔMICA DE NUNCA MAIS TER QUE DISPENDER PARA MANUTENÇÃO, O PISO E AS PAREDES DESTA SALA, FORAM REVESTIDOS COM

MOSAICO VIDROSO "VIDROTIL"

VIDROTIL Ind. e Comercio de Vidros Ltda.

AV. BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 306 — TELEFONE: 35-5288 — SÃO PAULO

INSTRUMENTAL E EQUIPAMENTO ORTOPÉDICO



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

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

Pedidos à

BAUMER - QBS cia. brasileira de equipamentos

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

LEVANTAMENTO DE RECURSOS E NECESSIDADES DE ENFERMAGEM

I — Estado de Utah, E.U.A. — 24 de abril de 1926

OBJETIVOS DO LEVANTAMENTO:

Objetivo Central:

Proporcionar melhor enfermagem para a população do Estado de Utah.

Objetivos correlatos:

1. Determinar o volume e a qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos pelos doentes do Estado de Utah e comparar os dados obtidos com os padrões nacionais de bons cuidados de enfermagem.
2. Recopilar dados completos sobre o número de cargos de enfermagem existentes,

preenchidos ou por preencher, e saber se os cargos preenchidos o são por pessoal com a necessária preparação para o seu desempenho.

3. Conhecer o número de cargos novos previstos e o número e preparação técnica de pessoal de enfermagem necessário para estes cargos.
4. Recomendar medidas para a melhor utilização dos recursos de enfermagem.
5. Conhecer o número de enfermeiras que os serviços do Estado têm que destacar para as Forças Armadas e outros serviços da União.

6. Conhecer o número de categoria das enfermeiras que saem do Estado para outros Estados; o número de enfermeiras de outros Estados trabalhando em Utah; recomendar as medidas tendentes a tornar a entrada e saída das enfermeiras favorável ao Estado de Utah.

7. Estudar as escolas de enfermagem e determinar se estas estão formando ou podem vir a formar o número e categoria de enfermeiras necessárias ao Estado.
8. Apresentar os problemas de enfermagem ao público e solicitar o apóio e a participação de indivíduos e grupos para a solução destes problemas.

II — Estado de New Mexico, E.U.A.

OBJETIVOS DO LEVANTAMENTO:

1. Quais são as necessidades numéricas, presentes e futuras de pessoal de enfermagem de todos os níveis e em todos os serviços para o Estado de New México?
2. Quais são os requisitos para o ensino de enfermagem no Estado de New México?
3. Quantas candidatas à matrícula nas escolas de enfermagem de New México são portadoras de curso secundário completo?
4. Quais os meios existentes ou que poderão ser estabelecidos para o ensino de enfermagem nos seus diferentes níveis e categorias?

a. Campo clínico:

- É adequado o campo clínico existente?
Qual a expansão do campo clínico que se tornará necessária?
Qual é a preparação pedagógica dos professores e supervisores?

Que recomendações poderão ser feitas para a melhoria do ensino?

Quais os serviços que faltam no Estado mas que poderão ser fornecidos por outros Estados através de filiações?

b. Campo acadêmico:

Que facilidades existem para o ensino da parte acadêmica dos programas de enfermagem.

c. Recursos profissionais:

Existem no Estado médicos com preparação pedagógica e que estejam dispostos a ensinar em escolas de enfermagem?

5. Se for indicada a criação de uma escola de enfermagem integrada numa Universidade qual deverá ser o seu orçamento?
6. Quais são as possibilidades para o ensino de enfermagem em outros Estados da

União para candidatas procedentes do Estado de New México (num programa de âmbito regional)? Qual seria a despesa por ano e por aluna num programa desta natureza?

O Problema Existente em New México e que deu Origem ao Levantamento:

1. A necessidade que têm algumas enfermeiras de obterem preparo em nível pós-graduado a fim de poderem assumir as responsabilidades exigidas pelos cargos que desempenham.
2. O rápido crescimento da população no Estado de New México aumentou a necessidade de serviços de enfermagem. Os recursos para o ensino da enfermagem não se expandiram para atender a esta situação.
3. Julga-se extremamente necessário determinar as possibilidades para o estabelecimento de uma escola de enfermagem integrada em Universidade.

III — E. U. do Brasil — 4 de junho de 1956

PROPÓSITO IMEDIATO DE LEVANTAMENTO	DADOS NECESSÁRIOS	COMO PODERÃO SER OBTIDOS
Conhecer a situação atual da enfermagem no Brasil.	Número de enfermeiras em atividade	Contacto com as escolas e cursos para obter a lista de diplomados.
	Enfermeiros diplomados por todos os cursos do país.	Utilizar os dados já existentes; Diretoria do Ensino Superior; Serviço Nacional e Estaduais da Fiscalização da Medicina; IBGE CAPES
	Enfermeiros em atividade em todos os serviços (oficiais ou não) do país.	Contacto com os Serviços para obter listas dos seus enfermeiros (amostragem).
	Número de enfermeiros inativos	Contacto com familiares, colegas e amigos para determinar o paradeiro e/ou a situação atual das diplomadas que não figuram nas listas dos Serviços.
	Causa da Inatividade. Há quanto tempo em inatividade. Plano de reingresso ou não à profissão.	
	Características dos enfermeiros	Questionário e, quando possível, entrevista com o enfermeiro para determinar idade, sexo, estado civil, número de dependentes, anos de serviço e nível de instrução (amostragem).

PROPÓSITO IMEDIATO DE LEVANTAMENTO	DADOS NECESSÁRIOS	COMO PODERÃO SER OBTIDOS
Observar o aproveitamento das enfermeiras e de outro pessoal de enfermagem.	<p>Número de outro pessoal de enfermagem em atividade</p> <p>Portadores de diplomas e/ou certificados de cursos (educadores sanitários, parteiras diplomadas, aux. de enfermagem, visitadoras, auxiliares de hospitais, auxiliares de puéricultura e auxiliares de maternidade e outros).</p> <p>Portadores de licença para a prática de acôrdo com a legislação vigente, (enfermeiro prático, prático de enfermagem).</p> <p>Portadores de título de nomeação como enfermeiro ou aux. de enfermagem.</p> <p>Outros. (Atendentes e Parteiras Curiosas).</p>	<p>Análise da legislação vigente sôbre o exercício da enfermagem para definição de têrmos.</p> <p>Contacto com escolas e cursos para obter relação de suas diplomadas. Contacto com Serviços para obter relação do seu pessoal (amostragem). Dados dos Serviços Nacional e Estaduais de Fiscalização da Medicina.</p> <p>Contacto com os Serviços para obtenção de lista do pessoal (amostragem). Dados dos Serviços Nacional e Estaduais da Medicina.</p> <p>Contacto com os Serviços para lista do pessoal (amostragem). Investigação do número e das características das atendentes e "curiosas" existentes na área (amostragem).</p>
Analisar os centros de formação do pessoal de enfermagem.	<p>Características do pessoal de enfermagem com exceção de enfermeiras mencionados no item anterior</p> <p>Cargo e atividades do pessoal de enfermagem.</p> <p>Atividades das parteiras curiosas.</p>	<p>Questionário e, quando indicado, entrevista com o pessoal de enfermagem (com exceção dos enfermeiros) para determinar idade, sexo, estado civil, anos de experiência, nível de instrução (amostragem).</p> <p>Estudo em certo número de hospitais e de outros serviços de saúde.</p> <p>Estudo em certo número de localidades.</p>
Analisar alguns fatores que afetam a produção do pessoal de enfermagem.	<p>Características dos cursos para enfermeiros e para outro pessoal de enfermagem.</p> <p>Grupos etários e sexo na população estudada</p> <p>Nível de educação:</p> <p>n.º dos que concluíram curso primário; n.º dos que concluíram curso de gráu médio: ginásio e equivalentes; colégio e equivalentes; diplomados por cursos superiores.</p>	<p>Utilizar os dados já existentes do Serviço de estatística da Educação, CAPES e outros. Estudar as Escolas e Cursos de formação de pessoal de enfermagem: distribuição geográfica, entidade mantenedora, verba, pessoal docente e suas características, requisitos de ingresso, currículo, proteção da saúde dos estudantes, número de diplomados até a data, média anual de diplomados, média anual de ingresso, custo anual de manutenção do curso, custo do curso por estudante instalações para o ensino e para a residência do estudante. Desistências e afastamentos de alunos: causas.</p> <p>Dados publicados pelo Serviço Nacional de Recenseamento.</p> <p>Dados publicados pelo Serviço de Estatística da Educação e pela CAPES.</p>
Investigar os fatores que tendem a aumentar ou diminuir o prestígio da enfermagem.	<p>Posição social da mulher na área. Atitude ao trabalho manual e aos serviços de natureza pessoal. Atitude em relação à enfermagem. Fatores de resistência. Posição econômico — social do pessoal de enfermagem. Oportunidade de colocação para o pessoal de enfermagem.</p>	<p>Dados dos estados de comunidade. Inquéritos, quando indicado.</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p>
Procurar determinar as necessidades de enfermagem à base da:	<p>Dados demográficos Dados biostatísticos e epidemiológicos</p> <p>Características sócio-econômico-educacionais da população</p> <p>Características dos hospitais do Brasil.</p>	<p>Dados do IBGE, Serviço Federal de Bioestatística, SESP e Departamentos Estaduais de Saúde.</p> <p>Dados de estudo de comunidade. Inquéritos, onde indicado.</p> <p>Dados da DOH, IBGE, SESP, Fac. de Higiene da Univ. de São Paulo.</p>
a) população servida;		
b) recursos econômicos do país;		
c) serviços existentes.		

PROPÓSITO IMEDIATO DE LEVANTAMENTO	DADOS NECESSÁRIOS	COMO PODERÃO SER OBTIDOS
<p>Procurar determinar os aspectos culturais, que afetam a prática da enfermagem.</p> <p>Determinar áreas, que necessitam de estudo posterior.</p> <p>Formular recomendações à base dos dados obtidos.</p>	<p>Características de outros Serviços de Saúde.</p> <p>A determinar.</p>	<p>Inquérito da organização e funcionamento dos Serviços, relacionando-o com o estudo das atividades do pessoal:</p> <ul style="list-style-type: none"> — divisão do trabalho médico e de enfermagem; — volume e natureza dos serviços de enfermagem prestados pelos familiares das pessoas hospitalizadas; — avaliação dos serviços, procurando determinar até onde já conseguiram alcançar os seus objetivos com os recursos humanos e materiais de que dispõem. <p>Investigação das reformas previstas nos Serviços existentes.</p>

IV — Brasil — 13 de outubro de 1959:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

RELATÓRIO DO CENTRO DE LEVANTAMENTOS DE RECURSOS E NECESSIDADES DE ENFERMAGEM (LRNE) AO CONSELHO DE COLABORADORES *

A comissão do LRNE está constituída desde abril de 1956. Tendo apresentado relatório ao Conselho de Colaboradores durante sua última reunião realizada a 21 de novembro de 1957, referirá neste, além de um retrospecto resumido, apenas as atividades realizadas de novembro de 1957 a setembro de 1958.

Objetivo central e âmbito do estudo

Contribuir para melhorar o serviço de enfermagem prestado ao público do país é o objetivo central do levantamento.

O estudo foi dividido em cinco grandes áreas, com os objetivos abaixo discriminados:

1. situar o desenvolvimento da enfermagem na estrutura sócio-econômico-cultural do Brasil;
2. conhecer o potencial humano de que dispõe a enfermagem em seus diferentes setores de atividade;
3. determinar se o tipo de ensino ministrado nos cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem e a produção quantitativa dessas escolas correspondem às necessidades de enfermagem do país;
4. conhecer as condições atuais e determinar as necessidades dos serviços de enfermagem hospitalares;
5. conhecer as condições atuais e determinar as necessidades dos serviços de enfermagem da saúde pública.

Aprovação do Plano

Em fins de 1956 foi aprovada o plano dos trabalhos — esquema geral do levantamento previamente estudado por dezenas de autoridades hospitalares, de saúde pública e do ensino da enfermagem. As pessoas que opinaram sobre o plano, fizeram-no ou na qualidade de membros do Conselho de Colaboradores do Centro de LRNE, em número de 70 membros, ou por solicitação

(* Diretora: Enf. Haydee Guanais Dourado — Av. Fr. Roosevelt 39, sala 1303, Rio de Janeiro.

escrita do Centro, — dirigida às diretoras das escolas de enfermagem às seções da ABEn, aos diretores de saúde do país.

A revisão do plano para limitação do âmbito dos trabalhos, das perspectivas e técnicas, foi feita no começo de 1957. Em maio de 1957 teve início a coleta de dados.

A coleta dos dados dos inquéritos mais trabalhosos, a saber, dos serviços de enfermagem hospitalares e de saúde pública, iniciada em agosto de 1957, foi terminada no começo de 1958. A tabulação dos dados e sua análise e interpretação bem como a redação do relatório das escolas de enfermagem decorreram no 1.º semestre de 1958 e a redação do relatório final é a fase atual dos trabalhos.

Despesas

Duas doações da Fundação Rockefeller, a primeira de US\$ 10.000,00 dolares e a segunda de Cr\$ 2.638,00 foram a receita da CLRNE. Para o término dos trabalhos e impressão dos relatórios está a Presidente obtendo ajuda adicional.

Reunião dos Conselhos

O Conselho Diretor, de nove membros, é o órgão máximo de deliberação do Centro. Reuniu-se três vezes em 1956, duas vezes em 1957 e, no corrente ano, três vezes até a data.

O Conselho de Colaboradores, órgão de cooperação, ficou fixado em setenta membros; reuniu-se uma vez em 1956 e uma vez em 1957. Entre suas funções, além de prestar assistência ao Centro em divulgação e em todas as fases do trabalho, seus membros deverão atuar como pontos de apoio para o cumprimento das recomendações finais do Levantamento.

Participação no Seminário Didático Internacional sobre Levantamentos de Enfermagem

Promovido pela OMS, com o patrocínio da Universidade da Bahia, Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Enfermagem realizou-se em Salvador, de 6 a 15 de julho de 1958, um Seminário Didático Internacional sobre Levantamentos de Enfermagem, com a participação de quatro enfermeiras da OMS, seis consultoras e conferencistas do Brasil — dos campos de enferma-

gem, pesquisa social e estatística —, quatro assessores dos Estados Unidos (do Serviço de Saúde Pública, Fundação Rockefeller e Ponto IV) e trinta participantes — da Argentina, Brasil (15 enfermeiras) Chile, Colômbia, México, Panamá, Portugal, Uruguai e Venezuela —. Foi vivo o interesse de muitos setores da classe pelo seminário, o qual foi solicitado pelo Ministério da Saúde à OMS por empenho da ABEn, no intuito de 1) compartilhar a valiosa experiência do levantamento brasileiro de recursos e necessidades de enfermagem; 2) reunir enfermeiras do Brasil para, na qualidade de peritas, darem contribuição especializada para as recomendações finais do seu Levantamento.

Interessaram-se em acompanhar as exposições dos temas vários médicos, administradores de saúde pública e cientistas sociais. A Reitoria e a Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia e várias famílias baianas prodigalizaram aos 45 integrantes do Seminário a hospitalidade que é tradicional da fidalga gente da velha metrópole. A imprensa do Estado e da Capital do País divulgou eficientemente o conclave.

Relatório Final do Levantamento

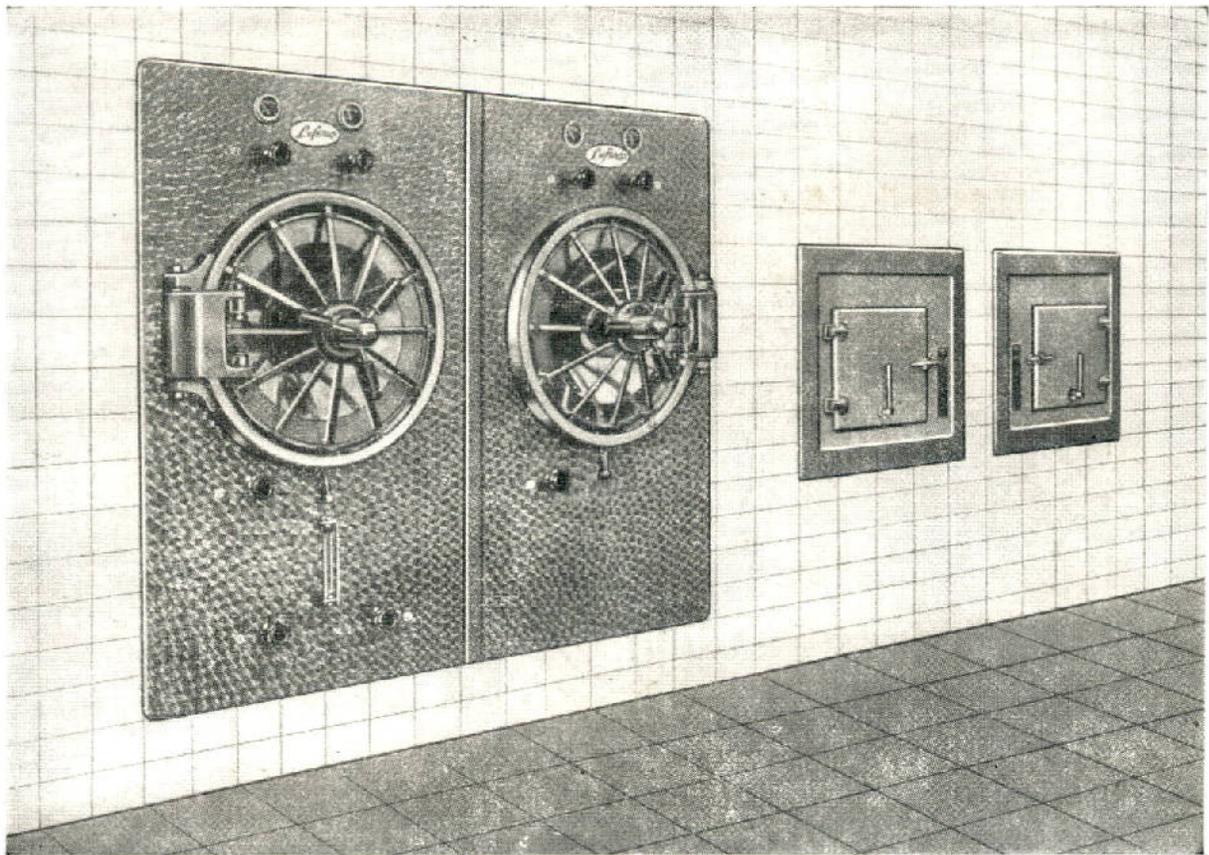
Desperta interesse entre vários setores o relatório final do Levantamento, cujos dados principais serão apresentados pela Seção Técnica do Centro de Levantamento, durante o XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, ora em realização no Recife. A ABEn toma interesse em obter sua impressão em português e inglês. Deverá haver, também, um extrato sucinto do relatório final, a ser impresso para o público em geral.

Seguimento

Não está determinado, a essa altura dos trabalhos, que órgão ou comissão se responsabilizará pelo seguimento das recomendações. O Conselho para acompanhar o progresso do cumprimento das recomendações é o Conselho Diretor, acima descrito.

Recomendações

O relatório final do Levantamento conterá além das recomendações, um plano discriminando prioridades de ação, para melhorar o serviço de enfermagem prestado ao público do país.



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

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

REPRESENTAÇÕES EXCLUSIVAS:

aparelhos de raios-X - acessórios
de raios-X e bomba de cobalto
SMIT RÖNTGEN APPARATENFABRIEK, LEIDEN — HOLANDA

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

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

aparelhos científicos para
bacteriologia - biologia, etc.
CENTRAL SCIENTIFIC COMPANY

eletrocardiógrafos
BECK-LEE CORPORATION

microscópios para medicina, pesquisas científicas,
paralização, metalurgia, micro-fotografia, etc.
COOKE, TROUGHTON & SIMMS

FABRICAÇÃO PRÓPRIA:

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

CATÁLOGOS COMPLETOS:

móveis assépticos LUFERGO
instrumentos cirúrgicos Ricard
aparelhos de laboratório e reagentes

LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

SÃO PAULO: Rua Direita, 33 — Tel. — 37-7147
RIO DE JANEIRO: Rua do Ouvidor, 88
RECIFE: Rua da Imperatriz, 14

FÁBRICA: Rua Madre de Deus, 809 — Fone 9-9412
PÔRTO ALEGRE: Rua General Vitorino, 298
BELÉM: Praça da República, 5



MICRONAL

LUMINAÇÃO
CIRÚRGICA

EXIGE...

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

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

Scialytique

BBT

MAIS DE 30.000 APARELHOS EM SERVIÇO NO MUNDO INTEIRO

ÚNICOS FABRICANTES LICENCIADOS
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS NO BRASIL

MICRONAL

SOCIEDADE NACIONAL DE TÉCNICA E PRECISÃO LTDA.

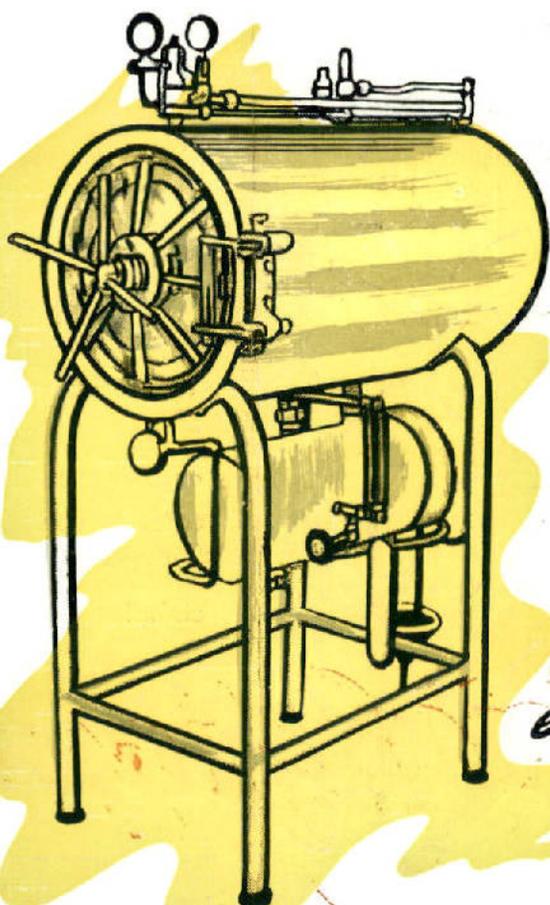
Avenida João Dias, 3505 — Telefone: 61-8035 — SÃO PAULO

Autoclaves

IBACLI



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



*Eficiência
e Segurança*

IBACLI S.A.

INDÚSTRIA E COMÉRCIO

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE APARELHOS CIENTÍFICOS

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

Padronização e Simplificação de Técnicas de Laboratório Clínico

DR. MARTINUS PAWEL

Para que exames físicos, químicos ou biológicos, auxiliares de diagnóstico, possam ter uso amplo, preenchendo suas finalidades práticas no maior número possível de casos, devem ser de execução simples, sem prejuízo do seu valor clínico.

Sòmente assim poderão realmente poupar tempo ao médico, que terá liberdade de pedi-los com frequência. E poderão mesmo, onde indicado, ser feitos rotineiramente, quer em sãos, quer em doentes, para elucidação ou prevenção.

As moléstias mais frequentemente invalidantes no grupo etário que interessa às F. A. são no Brasil a tuberculose, esquistossomose, as infecções focais, a sífilis e a nefrite; a anemia e as infestações intestinais devem ser adicionadas a êste rol, pois se não tornam o individuo inválido, reduzem apreciavelmente sua capacidade.

Seriam estas pois as moléstias que mereceriam uma pesquisa rotineira, de triagem, em todo Brasil. Outras, de interesse mais regional, se lhes acrescentariam.

Um primeiro passo para a simplificação seria a padro-

nização dos **métodos de colheita**. Positivamente, existem métodos de colheita de sangue em demasia: com oxalato de potássio, de sódio ou de amônio, com a mistura de Wintrobe, com fluoreto de sódio, citrato, heparina, perlas de vidro, bastão de vidro, com recipientes especiais para cada tipo de exame, etc.

a) Primeiro, seria conveniente padronizar a **quantidade de sangue** a extrair. Para os exames mais comuns, basta em geral uma fração de cm^3 de sangue. Um cm^3 de sangue é pois suficiente para numerosos exames. Esta quantidade pode ser colhida da veia, ou quando aí houver dificuldade, por simples punção digital, o que leva 1 minuto mais.¹

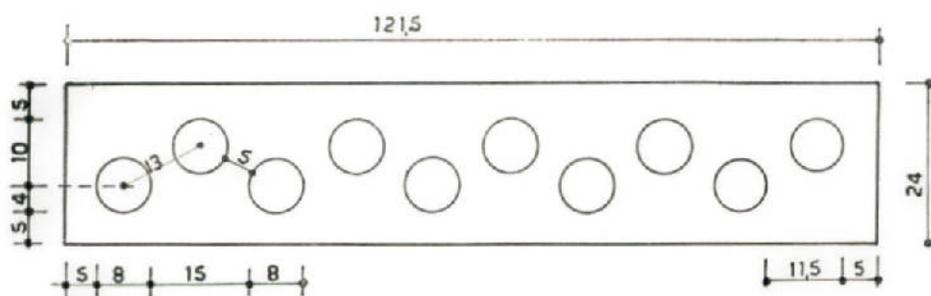
b) O segundo passo é padronizar o **anticoagulante**. Será conveniente escolher um agente que seja ao mesmo tempo bacteriostático, i. é que possa prevenir, durante tempo razoável, a deterioração do sangue por proliferação bacteriana, quando a colheita não tiver sido feita em condições perfeita estereis. O anticoagu-

(1) Recorre-se para tanto ao aquecimento prévio da mão em água quente, ao garrote e a um estilete com corte curvo, em crescente, que torna dispensável a expressão de sangue, permitindo que fluisse espontaneamente por mais tempo e com maior vasão.

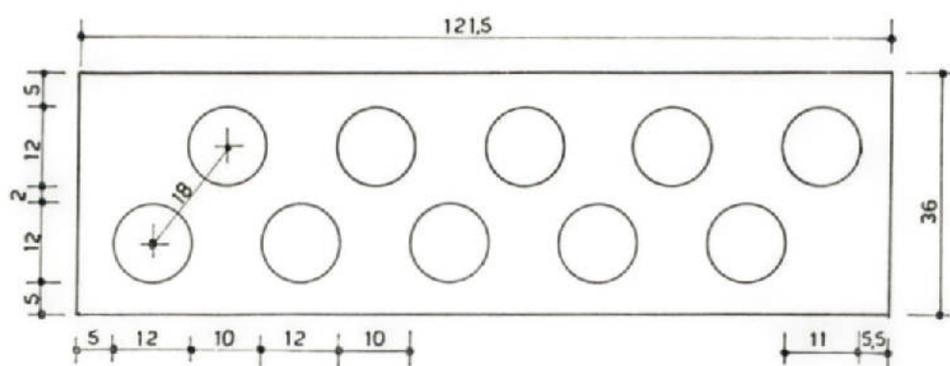
lante deve, outrossim, ser estável e interferir o menos possível em exames a ser praticados ou considerados. A mistura de Wintrobe, por exemplo, não permite a dosagem de uréia por nesslerização. O citrato de sódio satisfaz estes requisitos: é bacteriostático e protela a hemólise por bastante tempo. Permite exames hematológicos, incluídos pesquisa de malária, determinação de grupo sanguíneo e da protrombina, exames seroló-

gicos e bioquímicos, com exceção da dosagem de sódio e potássio naturalmente.² A solução isotônica de ci-

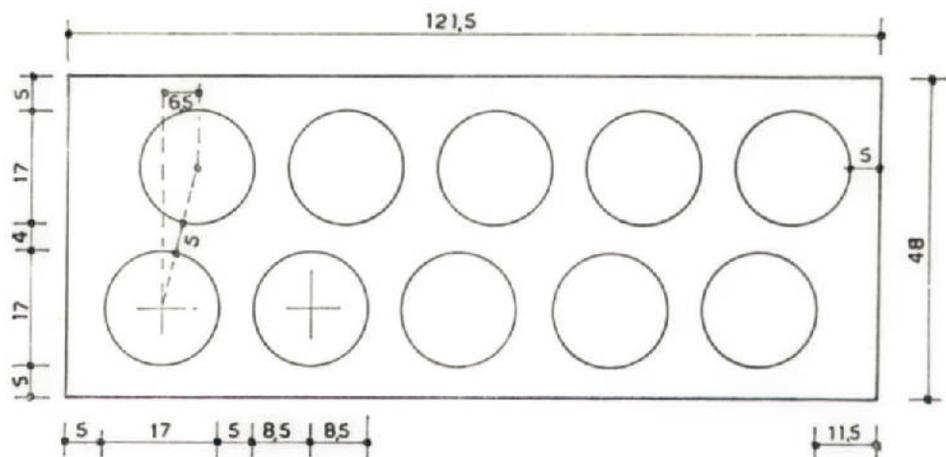
(2) Se o sangue deve ser transportado a distância, não podendo chegar ao destino, para processamento, no mesmo dia, convém adicionar a solução de citrato um antisséptico que não interfira nas reações serológicas, tais como o ácido etilmercúrio-tio-salicílico na proporção de 1:10.000 ou hidróxi-quinolína na proporção de 1,5:10.000, ou ambos na metade destas proporções. Não deve ser esquecida entretanto que tais aditivos interferem em certas determinações químicas. Por vezes é possível adaptar os métodos à presença de tais substâncias, ou escolher métodos em que não interfiram. Em outros casos, há necessidade de usar um conservador especial, ou fazer os passos iniciais do método logo após a co'heita.



ESTANTE COM FUROS DE 8mm



ESTANTE COM FUROS DE 12 mm



ESTANTE COM FUROS DE 17mm

trato de sódio será acrescentada ao sangue na proporção de 0,25 cm³ para 1 cm³ de sangue, ou 0,2 para 0,8.

c) O terceiro passo é a padronização de um **tubo de colheita**, que possa ser usado depois também para centrifugação e eventualmente para hemossedimentação e hematócrito. O tubo de Walton p. ex. presta-se a este fim (Tem 6 cm de altura, 5 mm de diâmetro interno, graduação de 0 a 32,5 mm até 1 cm³).

d) O uso de **estantes padronizadas** para estes tubos, com furos numerados de 0 a 9, por exemplo, facilitará a identificação das amostras, principalmente se as estantes também tiverem numeração corrida. Um registro geral, em livro, tornará então desnecessária a marcação individual dos tubos. A precaução de manter as estantes sempre cheias de tubos, quer com material quer vazios, evitará qualquer dúvida sobre o lugar de onde foi tirado o tubo que está na mão do operador.

A amostra que for colocada na 10.^a estante, no 9.^o furo receberá assim o número de registro 109. Caso não forem concluídos os exames no mesmo dia, será necessário no dia seguinte usar outras estantes, com outros números, não havendo pois risco de confusão.

É muito interessante servir-se de estantes de metal, mais resistentes, e que podem ser colocadas em banho-maria ou mesmo em centrífuga própria, sem tocar nos tubos, e centrifugando-se de uma vez o número de estantes que a centrífuga comporta (v. figura).

e) As estantes podem ser transportadas a distância em caixas padronizadas, para 1,3 ou 6 estantes por exemplo, com tampa almofadada e espuma de borracha em altura justa com referência aos tubos usados,³ dispensando-se o fechamento individual dos tubos com tampo de algodão, pouco satisfatório, pois sempre levam a perda de material quando o tubo é inclinado ou sacudido demasiadamente.

Usando-se estantes com 2 fileiras de tubos, desconstruídas, como as ideadas pelo professor Suchet, poderá a distribuição do sangue (ou de outro material colhido) ser feita colocando a frente da estante com as amostras tantas estantes com tubos vazios quantos os tubos necessários para cada reação ou série de reações feitas simultaneamente. Estas estantes auxiliares deverão ser marcadas com o número da estante original e seu número de ordem, si for necessário tirá-las do lugar para processamento.⁴

(3) Por baixo da tampa haverá uma almofada constituída de uma camada de borracha esponjosa e uma lâmina de plástico ou borracha lisa, que proverão à vedação dos tubos. A lâmina de borracha poderá ser limpa facilmente quando a tampa é aberta.

(4) Quando se usar tubos idênticos ou semelhantes aos da colheita para os exames, as estantes de colheitas poderão também ser usadas para distribuição. Uma estante de 110 x 22 mm comporta p. ex. 10 tubos com até 8 mm de diâmetro externo em disposição ziguezague. Estante do mesmo comprimento, mas de largura dupla (44 mm) comporta 10 tubos de até 14 mm de diâmetro externo na mesma disposição. Si houver o desejo de usar tubos maiores, será necessário entretanto usar estantes mais compridas: 150 mm é o mínimo que permite alinhar 5 furos de 22 mm em estante metálica.

f) Finalmente, há a padronizar a **pipetagem** para distribuição. Um tempo enorme é ganho se cada material tiver sua pipeta própria, permanente, com a dispensa da lavagem das pipetas durante o tempo dedicado aos exames. Isto poderá ser feito com pipetas comuns, o que introduzimos na seção de sorologia do I.A.P.C. Entretanto, se a intenção for ganhar mais tempo ainda, convem trabalhar com pipetas contagotas calibradas, para 40 gotas por cm³ de preferência. A distribuição de gotas é mais rápida que a mensuração de volumes, e as pipetas conta-gotas são mais curtas e mais fáceis de manejar, além de serem mais higiênicas quando acionadas por pera de borracha. A distribuição de poucas gotas de 100 amostras de sangue ou urina para 300 tubos leva apenas uns 10-15 minutos, quando pelo método usual tomará 2 horas. O ideal serão pipetas de ponta metálica (ou de um plástico inquebrável conveniente).

Colher-se-ão por exemplo 0,025 cm³ (uma gota) para cada um dos exames seguintes: contagem global de hemácias, contagem global de leucocitos, determinação da hemoglobina, pesquisa de plasmódios, determinação do grupo sanguíneo. A contagem global de hemácias poderá ser dispensada se a hemoglobina for de nível normal.

Suchet propõe que, adicionando ao diluidor isotônico (com conservador) das hemácias azul de metileno na proporção de 1:10.000, e fazendo uma diluição de sangue 1:100, isto é 1 gota de 0,025 em 2 cm³ de diluente, se faça a contagem simultânea, na mesma câmara de contagem, de hemácias não coradas e de leucocitos intensamente corados em azul.

No próprio tubo de colheita, faz-se logo após a retirada do sangue a hemossedimentação por 1 hora, considerando-se normal, em tubos de 5 a 6 mm de diâmetro, uma leitura de até 3 mm em homem. Após a leitura, centrifuga-se para leitura do hematócrito; também esta determinação poderá ser omitida se a hemoglobina estiver normal, e não se pretende fazer exames no plasma ou soro. No sangue citado total ainda pode-se dosar glicose, urea, etc., usando p. ex. 5 gotas = 0,1 cm³ de sangue.

No plasma decantado, pode-se fazer reações serológicas submetendo-o à inativação a 56°C por 12 minutos, com o que o fibrinogenio é precipitado; centrifuga-se então, usando o soro sobrenadante para as reações da sífilis ou outras que se tiver de fazer.

g) O transporte das estantes para a centrífuga ou banho-maria etc. poderá ser facilitado por adoção de uma bandeja padrão, com capacidade para 10 estantes, com rebordo protetor contra o deslize.



FABRICADOS
com
CIÊNCIA
para
finalidades científicas

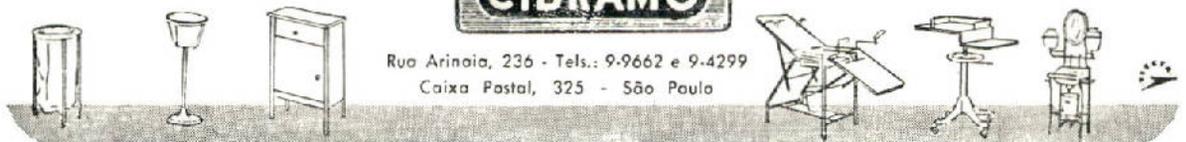
- ★ Pintura porcelanizada inquebrável, em virtude do tratamento de fosfatização.
- ★ Fabricação em tôdas as côres permitem dar ao ambiente hospitalar um aspecto moderno e acolhedor.

- ★ Montagem e acabamentos perfeitos eliminam qualquer ruído.
- ★ Estas qualidades já estão firmadas pelo uso dos Móveis Cibramo em tôdas as hospitais do Brasil.

COMPANHIA BRASILEIRA DE MOVEIS DE AÇO

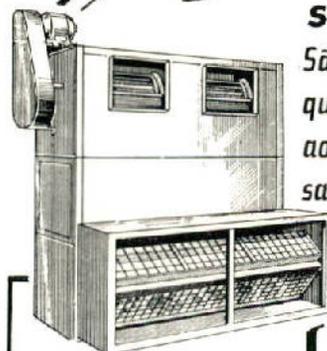


Rua Arinaia, 236 - Tels.: 9-9662 e 9-4299
Caixa Postal, 325 - São Paulo



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

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



**FABRICAMOS
E
PROJETAMOS**

**EQUIPAMENTOS PARA
INSTALAÇÕES DE
AR CONDICIONADO
E REFRIGERAÇÃO
DOMÉSTICA E
INDUSTRIAL**

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

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

INSTRUMENTAL MEDICO
CIRURGICO SOLLIDEN

OS MAIS PERFEITOS, COM MAIORES DETALHES, E PARA MELHOR DESEMPENHO, JAMAIS FABRICADOS NO BRASIL.

INSTRUMENTOS DE ALTA PRECISÃO, ORIGINADOS DE UMA COMBINAÇÃO REVOLUCIONÁRIA: TÉCNICA DE INDUSTRIALIZAÇÃO SUECA — MAQUINARIA SUÍSSA — AÇO DE ELEVADA QUALIDADE.

PARA MAIORES DETALHES PROCURAR A

DENTÁRIA BRASILEIRA S.A.

RUA TITO, 54 - (LAPA) - FONE: 62-5169

SÃO PAULO — CAPITAL

Quando o



salva uma vida...

A SINALIZAÇÃO HOSPITALAR ERICSSON É DE IMPORTÂNCIA VITAL!

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

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

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

1 O paciente dá um sinal que ...



2 é respondido pela enfermeira ...



3 e é visto no corredor.



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



5 Atendido o paciente, o sinal é totalmente desligado.



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



Ericsson

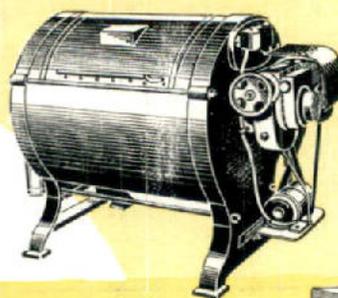
DO BRASIL COM. E IND. S.A.

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

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

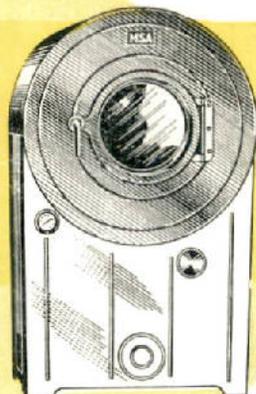
Nossas Máquinas a serviço da Técnica Hospitalar

Industria especializada em Máquinas para LAVANDERIAS



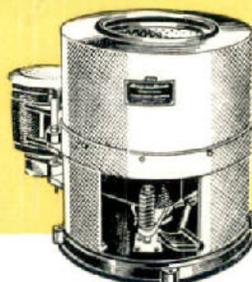
MAQUINA DE LAVAR
- Reversão Mecânica -

CALANDRA



SECADOR ROTATIVO

Secadores com aquecimento
a Vapor ou Elétrico
e Circulação de ar



TURBINA CENTRÍFUGA
Basculante

Máquinas Sto. André
ISSHIKI & CIA.



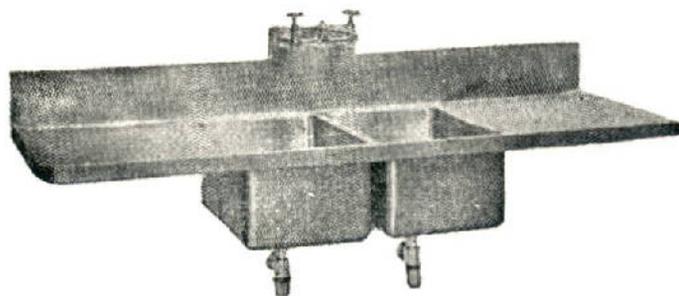
ESCRITÓRIO:
Rua Cons. Crispiniano, 344 - 6.º andar
Conj. 603 - Fone 35-5840 - S. Paulo

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

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

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

IRMÃOS SARTORIO LTDA.



Rua Salvador Leme, 374
Fones: 34-9041 e 36-2753
SÃO PAULO

EQUIPAMENTOS EM AÇO INOXIDAVEL

PARA COZINHAS DE HOSPITAIS E
ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

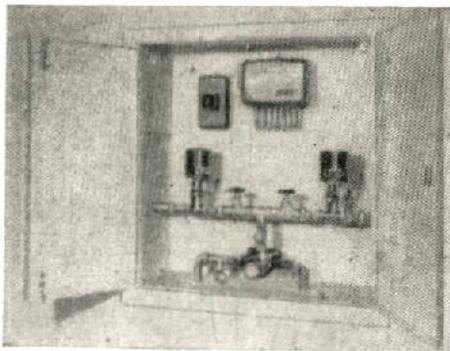
BALCÕES TÉRMICOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS — MESAS PIAS — ARMÁRIOS E
DEMAIS ASSESSÓRIOS PARA COPAS E COZINHAS — APARELHAGEM PARA FÁBRICAS DE
P R O D U T O S Q U Í M I C O S

TENDA DE OXIGÊNIO "SOUTHERN"

O novo modelo 1167 da Tenda de Oxigênio "Southern" é muito fácil de limpar. Nesta unidade é possível lavar as serpentinas com qualquer solução esterilizante fria padrão, com mangueiras, ou com grandes quantidades de água, sem a menor dificuldade. Pela simples remoção da portinhola circular do alto da caixa, as serpentinas ficam ex-



postas para limpeza. Há uma válvula escoadora com grande capacidade na parte lateral da caixa, que drena a água de lavagem para um balde ou o chão. A válvula é operada pela simples remoção do tubo de escoamento. É igualmente fácil fechar a válvula, basta empurrá-la para dentro.



Outra característica notável dessa nova tenda é o seu medidor de corrente. A sua colocação está tão próxima quanto possível do nível dos olhos. É perfeitamente nítido, podendo ser lido de qualquer ângulo. O medidor de corrente pode ainda ser invertido, a fim de ser adaptado a um cilindro de oxigênio colocado de qualquer lado da caixa, bastando torcer a porca de conexão, virar o medidor e atarrachar a porca novamente.

A caixa da tenda de Oxigênio e suas rodas têm um belo acabamento Hammer-ton e entalhes cromados. A unidade tem um fixador de regulagem para evitar possíveis perdas ou danos ao regulador de oxigênio durante as operações. O compressor é uma unidade de 1/3 HP, hermêticamente selada, que elimina os problemas de lubrificação. O motor de condensação e o motor de ventilação são, ambos, do tipo mancal de vedação, que não precisam de lubrificação ou cuidados especiais, eliminando, assim, o problema de manutenção.

A fim de garantir uma proteção completa, cada unidade é equipada com uma tomada de sobrecarga térmica. A operação da unidade de refrigeração é feita de maneira a não congelar, impedindo, assim, o congelamento das serpentinas de evaporação. O controle da temperatura é graduado de 55 a 85.º F., e a operação do termostato é feita de modo a manter a temperatura na coberta a um grau da prefixada (clichê ao lado).

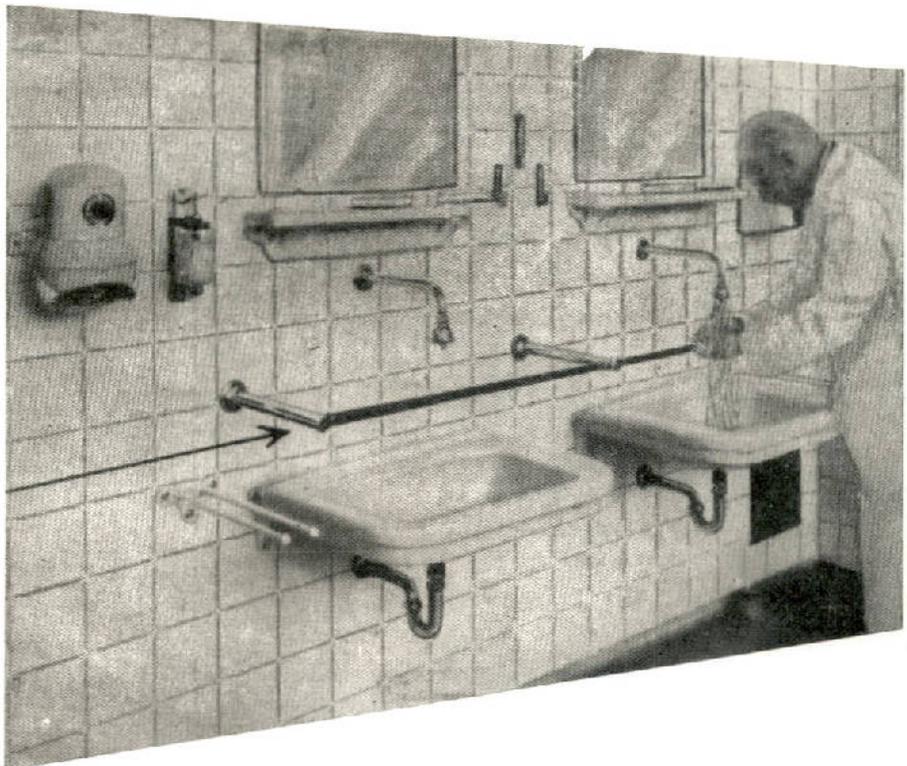
(SOUTHERN OXYGEN COMPANY, 250 West 57th Street, New York 19, N. Y.)

GERADORES DE GAS

Uma firma inglesa lança diversos tipos e tamanhos de geradores a gas. Um tal gerador produz um gas estável com valor calórico de 8.250 calorías por litro, a pressão e composição constantes, independentes do clima ou da demanda. Há 3 tipos movidos a eletricidade: um portátil, um portátil automático e um maior, chamado "Standard". Um outro tipo, movido simplesmente por um peso suspenso como um relógio a pendulo, é de grande interesse para lugares onde não há suprimento de eletricidade ou onde o suprimento não se faz com regularidade. Obtem-se 3 m³ de gas de cada litro de combustivel. O gas pode ser utilizado para qualquer dos fins comuns: Laboratório clínico, maçaricos, cozinha, banheiros, aquecimento de água em geral, processos fabris.

Com uma manutenção restrita à conservação do nível da água e engraxamentos periódicos das engraxadeiras, o fabricante afirma que estes aparelhos devem funcionar por 20 a 25 anos. Os tamanhos disponíveis do tipo movido a pesos fornecem gas para 20 a 170 bicos de Bunsen ou 3 a 25 cm³ por hora. Os tipos elétricos fornecem de 3 a 150 m³ por hora.

(Marca "Aerogen", fornecido por A. Gallenkamp & Co., Sun Str., London EC2)



CONTROLE ELETRÔNICO DE TORNEIRAS

Nos conjuntos cirúrgicos tem grande futuro o "Aquamat", aparelho alemão de controle fotoelétrico do fluxo de água das torneiras. Basta colocar as mãos por baixo da torneira para que se interrompa um raio luminoso e comece a correr água. Eliminadas ficam alavancas de cotovelo, pedais ou outros meios manuais de controle, incomo-

dos e às vezes mesmo perigosos. Ao mesmo tempo se obtem grande economia de água. O clichê maior ilustra a simplificação da instalação junto às pias. No clichê menor, verifica-se que a instalação embutida necessária também ocupa pouco espaço e é bastante simples e acessível.

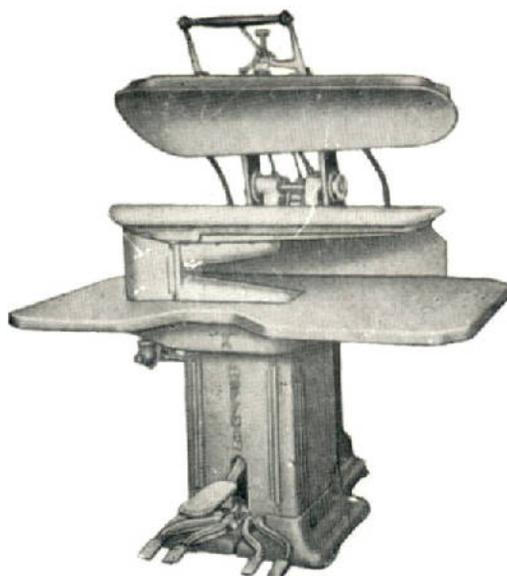
(Butzke-Werke, Ritterstr. 12, Berlin SW-61)

Hoffman

A prensa de passar roupa de fama mundial agora fabricada no Brasil sob licença e supervisão da:

U.S. HOFFMAN - MACHINERY CORP.
NEW YORK U. S. A.

utilizando seus desenhos e patentes idêntica ao último modelo lançado nos Estados Unidos



Indicamos alguns Hospitais aos quais já fornecemos prensa de nossa fabricação:

Irmandade da Sta. Casa de Misericórdia — Santos

Irmandade da Sta. Casa de Misericórdia — Porto Alegre.

Hospital Sta. Helena — S. Paulo.

Hospital das Clínica (ortopedia) — S. Paulo.

Hospital Felício Roxo de B. Horizonte.

HOFFMAN PANCOSTURA MAQUINAS S. A.



Rua da Independência 369 — Fone 33-7442 — Caixa Postal 30 — End. Tel. Pancostura

CALDEIRAS
PARA
HOSPITAIS

Caldeiras
e
Incineradores
de
Lixo
para
Hospitais

CIA. PAULISTA DE CALDEIRAS
Rua Bento Freitas, 306 - 4.º andar - sala 44
Fone: 37-9413 São Paulo

CIRURGIÃO DENTISTA

Acompanhe
o progresso
da Odontologia,
adquirindo o
SEU aparelho
de ALTA ROTAÇÃO

Facilidades
de pagamento
e financiamento
a longo prazo
ENTREGA IMEDIATA

Faça-nos
uma
consulta

DENTAL GAUCHO
Gustavo Marquart & Cia. Ltda.
R. Wenceslau Brás, 16 - 1.º andar
Fones: 33-1079 e 33-1903 — São Paulo

ATIVIDADE DE SAÚDE PÚBLICA NO HOSPITAL *

DÉLIO DA CÂMARA DA COSTA ALEMÃO

1 — INTRODUÇÃO

A Medicina, embora essencialmente única, modernamente se encontra subdividida em especialidades e desenvolve atividades sob tão variados aspectos, que por vezes se dissolve na vastidão do seu reino e desintegra-se fatalmente, perdendo a noção de unidade.

Para simplificarmos tal fenômeno, figuremos apenas aqueles três grandes compartimentos que atualmente compreendem-na: medicina curativa, a medicina preventiva e a medicina social. A curativa, a tradicional medicina dos currículos escolares, visa o tratamento do doente e tem seus estímulos no diagnóstico preciso e na terapêutica adequada. É a medicina clínica propriamente dita e por isso tem como representante imediato o **médico** e como instituições naturais o consultório e o **hospital** tipo **casa de saúde**. A medicina preventiva tem por finalidade a conservação da saúde, baseando-se na profilaxia das doenças e na prevenção dos acidentes e infortúnios. Sendo fundamentalmente Higiene, tem como representantes concretos os **Centros de Saúde** e **Postos de Higiene** ou outras organizações oficiais ou particulares onde se desenvolvem atividades sanitárias. A medicina social encara os problemas médicos das coletividades, associando aos curativos e preventivos aqueles puramente sociais, porém fundamentais na saúde e na doença das comunidades.

Denominada por alguns de **medicina construtiva**, assenta-se a medicina social nos princípios atuariais, estabelecendo o seguro-doença, o seguro-saúde e o seguro social, pretendendo organizar nas comunidades os vários tipos de assistência, a fim de conseguir o bem

estar social. Geralmente esta medicina coletiva é desenvolvida por instituições públicas, como os Ministérios, as Secretarias de Saúde, os Institutos de Previdência, etc., mas a iniciativa particular também se pode fazer sentir preponderantemente neste setor da medicina, como acontece em vários países, entre os quais convém salientar os Estados Unidos da América do Norte. Costuma-se renominar de **Saúde Pública** a organização ou as organizações que desenvolvam atividades de medicina coletiva. Na verdade, na prática diária, medicina preventiva e Saúde Pública se confundem, sendo por vezes usados os termos como sinônimos. Mas, de acordo com Smille, a diferença essencial está na definição da responsabilidade de execução das atividades. Assim, tanto a Medicina Preventiva como a Saúde Pública procuram evitar a doença e promover a saúde, mas naquela a responsabilidade direta é do indivíduo, enquanto que nesta é a comunidade a responsável primária. Note-se, portanto, que a responsável nas atividades preventivas da Saúde Pública é a **comunidade** e não o **Governo**, como geralmente se compreende em nosso meio. Nas organizações oficiais de Saúde Pública o Governo é o agente de uma comunidade; representa, portanto, a sua vontade. Erro, porém, e que deve ser combatido, é esquecer da co-participação da comunidade nos programas de Saúde Pública. Esse erro condiciona geralmente o fracasso das iniciativas pessoais, pelo esquecimento da responsabilidade da comunidade no desenvolvimento de programas de Saúde Pública.

Mas Saúde Pública é em verdade um plano organizado de atividades, compreendendo todos os setores da medicina e demais ciências e artes auxiliares, visando a preservação da saúde, o combate à doença e a instalação, no âmbito de comunidade, de um "perfeito bem estar físico, mental e social".

(*) Trabalho laureado com a medalha de Ouro "Oswaldo Cruz" — 1956, da Associação Médica Fluminense.

Portanto, esquematicamente, teríamos a seguinte representação:



Convém lembrar que nos países sub-desenvolvidos, como nos sul-americanos, deve ser incluída a assistência médica, questão típica de medicina curativa, como atividade de Saúde Pública. Aliás, a própria Organização Mundial de Saúde assim recomenda atualmente para aqueles países.

Melhor já definiu John J. Hanlon o conceito e a extensão de Saúde Pública:

SAÚDE PÚBLICA
é
a ciência e a arte

de	mediante	para
1 — impedir as enfermidades,	o esforço organizado da comunidade,	1 — o saneamento do meio
2 — prolongar a vida,		2 — o controle das doenças transmissíveis,
3 — fomentar a saúde e a eficiência,		3 — a educação sanitária da população,
		4 — a organização dos serviços médicos e de enfermagem para a diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das enfermidades,
		5 — o desenvolvimento de um mecanismo social que assegure a todos um nível de vida adequado para a conservação da saúde,

organizando estes benefícios de tal modo, que qualquer indivíduo se encontre em condições de gozar do direito natural à saúde e à longevidade.

Mas não deve haver limites entre as atividades privadas, a Saúde Pública e as instituições que de qualquer forma trabalhem no campo assistencial médico ou social. As ações se imbricam e as responsabilidades se fundem. Na preservação da saúde de um in-

divíduo devem estar empenhados, além do próprio indivíduo, o médico clínico que o assista, as instituições que o atendam e a organização local de Saúde Pública. E isto é vital, se lembrarmos que os indivíduos são as células fundamentais de uma comunidade. Quando a comunidade atinja elevados níveis educacionais e econômico-financeiros, teoricamente será o próprio indivíduo o agente sanitário de tal coletividade, porque saberá como agir para garantir a saúde, a quem procurar para tratar-se da doença e estará em condições de pagar pelo benefício que receber. Neste clímax ideal de organização da coletividade desapareceria a instituição oficial de uma Saúde Pública. Mas — e isto é fundamental — permaneceriam o verdadeiro conceito, a verdadeira essência — o **espírito sanitário**. Teríamos realizado na comunidade a verdadeira consciência do valor da saúde coletiva e individual — obra permanente de Saúde Pública... Para tanto, a própria medicina e os próprios médicos terão de evoluir. Porque a ambos ficará reservada a responsabilidade da saúde. Novos horizontes para a pesquisa e o ensino médicos; novos horizontes para os facultativos! Neste ambiente ideal surgiria o Hospital como o senhor e único na parte assistencial médico-sanitária. Desenvolveria com plenitude as funções básicas do Hospital Moderno: a curativa, a profilática e a social. Concretizar-se-ia o velho sonho da Demofiliaxia: a transformação dos hospitais em **centros-sanitários** ("life-extension").

Mas, enquanto o ideal não é atingido, deve haver um mínimo razoável de atividades inerentes à Saúde Pública que o hospital, sozinho ou em cooperação com as instituições sanitárias, execute, para que possa ser considerado modernamente como verdadeiro HOSPITAL.

2 — FUNDAÇÕES E ATIVIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

Na prática, confundem-se os termos **função** e **atividade** em Saúde Pública, inclusive nas legislações sanitárias, onde por vezes aparecem como sinônimos. Deve-se entender por **função** a finalidade ou o objetivo que se tem em vista; por **atividade** a maneira ou os métodos pelos quais se alcança o objetivo visado ou a finalidade desejada. Assim, o combate às doenças transmissíveis é uma função essencial da Saúde Pública e para exercê-la tornam-se necessárias certas atividades, como sejam a notificação dos casos, a investigação epidemiológica, as pesquisas laboratoriais, o isolamento, a enfermagem, etc.

Claro que haverá atividades de Saúde Pública com mais de uma finalidade e, portanto, servindo a mais de uma função sanitária. Por outro lado, poderão variar com o tempo e o espaço as funções, bem como as atividades de Saúde Pública, seja pelo problema sanitário a enfrentar, pelo tipo de organização da comunidade, por descobertas científicas ou aperfeiçoamentos técnicos, pela evolução cultural, etc. Mas ainda são consideradas básicas as seguintes funções da Saúde Pública:

- 1 — Saneamento (Higiene do meio);
- 2 — Combate às doenças transmissíveis;
- 3 — Educação Sanitária;
- 4 — Proteção e promoção da saúde individual;
- 5 — Pesquisas.

Para alcançar tais finalidades mínimas, uma organização de Saúde Pública desenvolverá varias **atividades**, devendo-se destacar entre elas:

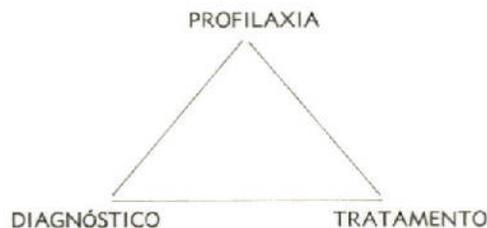
- a) Enfermagem;
- b) Estatística Vital;
- c) Laboratório;
- d) Organização e Administração;
- e) Atividades educativas (Educação Sanitária);
- f) Epidemiologia;
- g) Atividades de Saneamento e Inspeção Sanitária;
- h) Nutrição;
- i) Higiene Industrial;
- j) Higiene Mental;
- k) Higiene da Criança;

- l) Higiene do Adulto;
- m) Higiene Dentária;
- n) Higiene Pré-Nupcial.

Cada atividade se subdivide em muitas outras, servindo a maioria delas a mais de uma função sanitária. Assim, é costume subdividir-se a Higiene da Criança em higiene pré-natal, higiene infantil, higiene pré-escolar e higiene escolar, obedecendo a um critério técnico-administrativo. No entanto, imbricam-se nas atividades de Higiene da Criança as de Enfermagem de Saúde Pública, de Estatística Vital, de Laboratório, de Administração Sanitária, de Educação Sanitária, de Higiene Mental, de Nutrição, de Higiene Dentária e de Epidemiologia.

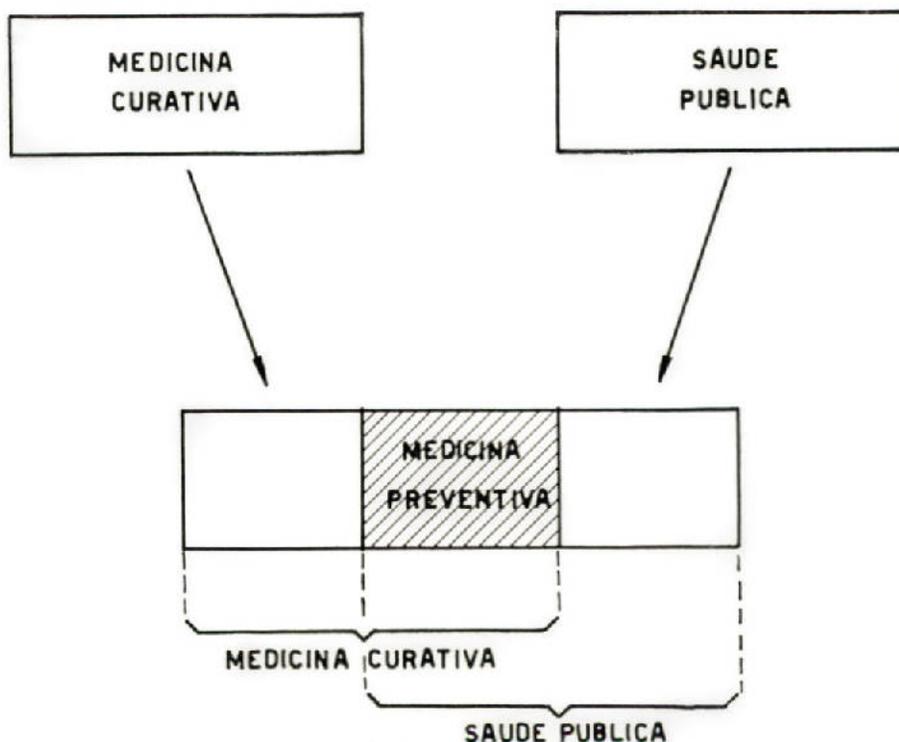
Portanto, embora distintas administrativamente, as várias atividades formam um todo, que obedece às funções gerais de Saúde Pública, à semelhança dos vários órgãos, sistemas e aparelhos do corpo humano.

Em harmonia de princípios devem trabalhar o médico clínico, o hospital e a Saúde Pública, na base da trilogia da medicina moderna:



As separações dos serviços prestados, isoladamente, por estes setores, são teóricas e fictícias. A saúde deve ser o mesmo fim para o médico, para o Hospital e para as organizações de Saúde Pública.

Embora separados espacialmente, todos trabalham juntos, unidos no mesmo desejo e no mesmo sonho de um padrão elevado de saúde e de bem estar do indivíduo e da coletividade. E, assim como não pode ser privativo do médico particular a assistência médica curativa, quando se avulta como problema social, também não podem ser privativas da Saúde Pública as atividades sanitárias que interessem ao indivíduo no singular. Neste ponto, que podemos chamar de **Medicina Preventiva**, ambos, o médico e a Saúde Pública, estarão sempre de mãos dadas, coesos, concordes, formando um bloco único, à semelhança do esquema abaixo:



O Hospital, logicamente colocado entre o médico clínico e a Saúde Pública, terá que prestar assistência à sua clientela, ligando a medicina preventiva à medicina puramente curativa e, como instituição tecnicamente organizada, poderá e deverá desenvolver atividades mínimas de Saúde Pública, desde que tenha condições para fazê-lo e esteja com o pensamento voltado para os interesses da comunidade a que serve. Se essa é uma verdade para os Hospitais particulares, deve constituir axioma indiscutível para os Hospitais oficiais, sem o que estarão abaladas nos alicerces todas as organizações de Saúde Pública que visem sinceramente o desenvolvimento racional de suas atividades.

Se Mac Eachern considera o doente como o Rei do Hospital, a **saúde** deve ser a Rainha inseparável do mesmo. Sômente com este reinado poder-se-á estabelecer um Hospital Moderno.

3 — O HOSPITAL MODERNO

Não devemos ir além, sem que nos detenhamos sôbre o conceito do Hospital Moderno. E isto porque, sômente num Hospital desta categoria poder-se-ia implantar a noção fundamental das atividades Sanitárias.

O Hospital Moderno é aquele que, bem planejado e bem construído, geral ou especializado, grande ou pequeno, particular ou oficial, está em condições de diagnóstico e tratamento eficientes, dispendo de pessoal médico e profissional idôneo e competente, servindo para a prática, o ensino e a pesquisa da Medicina, da Enfermagem e da Dietética, dentro dos conceitos técnicos mais avançados e integrado nos problemas médicos e sociais da comunidade a que serve. Assim, compreende-se por Hospital Moderno uma instituição intimamente ligada com os fenômenos sociológicos, econômicos, psicológicos, científicos e culturais dos povos evoluídos através dos tempos, na forma, na estrutura e no regime, de acôrdo com os conceitos, as técnicas e os progressos científicos modernos. Não é apenas a arquitetura contemporânea ou as instalações e equipamentos recentemente descobertos, com as várias máquinas automáticas, os sistemas eletrônicos, os laboratórios de radioisótopos, que farão a transformação de um **velho** hospital num Hospital Moderno. Mais que tudo, o Hospital Moderno é uma **idéia** e só poderá merecer esta denominação se estiver plenamente integrado na coletividade, desenvolvendo estudos e pesquisas sôbre a comunidade, na tentativa de servir em todos os sentidos ao indivíduo e à população, vivendo dinamicamente os problemas da área onde serve, no firme propósito de curar, recuperar e reintegrar na sociedade o doente e auiliar a manutenção

da saúde e do bem estar do sã. É instituição essencialmente dinâmica, não devendo estar sujeita a normas rígidas ou orientações inflexíveis. Sendo um organismo vivo administrativamente, deve organizar-se econômico-financeiramente com tal perfeição que estará apto a prestar a mesma qualidade de assistência ao rico, ao pobre e ao indigente.

Diverso não é o conceito emitido pela própria Organização Mundial de Saúde, que define o Hospital como sendo "uma entidade de diagnóstico e tratamento, que exerce a medicina curativa e preventiva à população em geral e concorre para o bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

Sendo assim, o Hospital, para ser considerado moderno, deve desenvolver, dentro dos princípios técnicos e administrativos hospitalares atuais, as seguintes funções:

- 1 — função diagnóstica;
- 2 — função curativa;
- 3 — função preventiva;
- 4 — função científica ou de pesquisa;
- 5 — função social;
- 6 — função didática ou de ensino (podendo-se incluir aqui, ao lado do ensino médico e do pessoal hospitalar, o ensino ao doente sob todos os aspectos);
- 7 — função moral.

De acordo com o desenvolvimento de cada uma dessas funções, teremos vários tipos de hospitais, que acompanharão a época e o lugar nas suas bases ideológicas. Há algumas décadas atrás poderia ser considerado moderno o hospital que tivesse a seguinte estrutura:

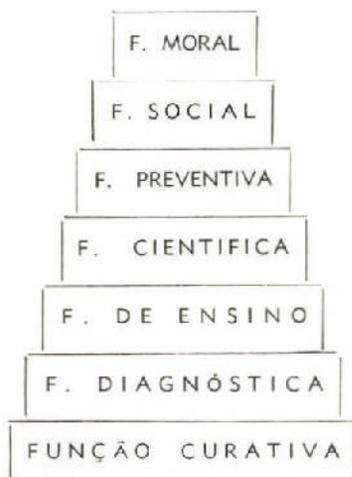


Figura 1

Atualmente, em nosso meio, a maioria dos hospitais poderia ser representada pela estrutura abaixo:



Figura 2

Mas "em matéria sanitária não se pode ter um critério atual e sim **atuaria**". Também em técnica hospitalar assim se deve pensar. E Hospital Moderno será aquele que, sob os impulsos do progresso, tenha a tendência para a estruturação mais lógica e racional de suas funções, no sentido do seguinte esquema:



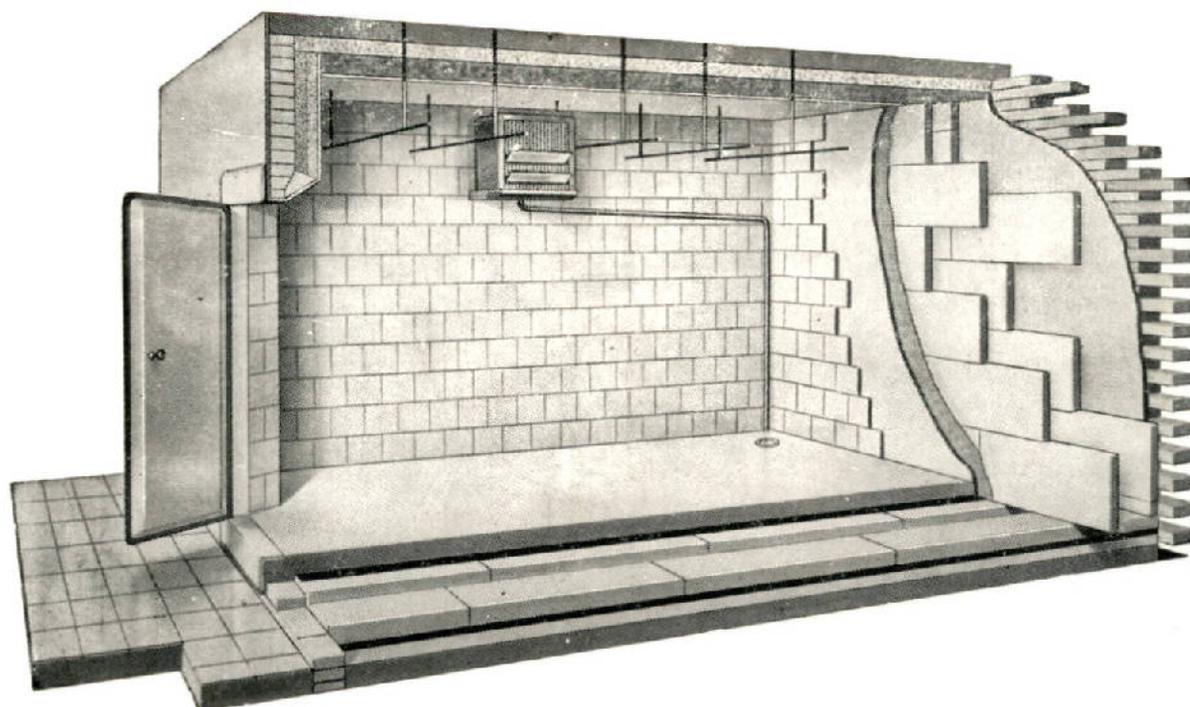
Figura 3

O Hospital a que faltem a base moral e a integração na comunidade a que serve, através de um perfeito Serviço Social, estará fadado a dias de incerteza e de dificuldade sem conta. E é o que se verifica em muitas instituições de hoje, a viverem inclausuradas dentro das próprias muralhas brancas que ergueram com sacrifício e arcaico espírito de caridade ou filantropia.

Na organização da comunidade, caberá ao Hospital Moderno preponderante papel assistencial e de maneira alguma deverá ele estar dissociado das atividades sanitárias, uma vez que, seguindo a tendência ideológica atual, marchamos em busca da **saúde** a partir da própria saúde.

CONSULTE O IPH PARA A SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS HOSPITALARES

Câmaras Frigoríficas "CAMPOSALES"

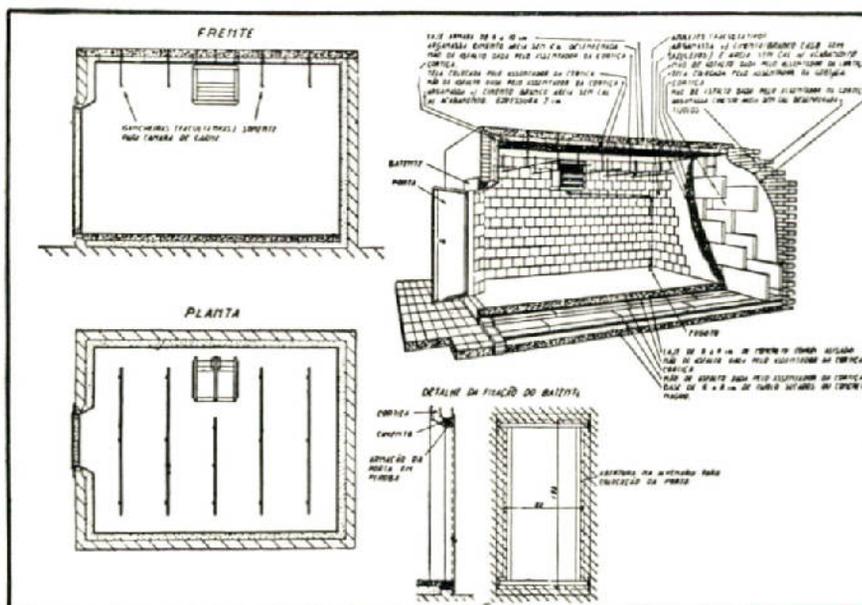


**EXIJAM QUALIDADE TÉCNICA
NA CONSTRUÇÃO DA CÂMARA**

A construção de uma câmara frigorífica exige material adequado e — o que é mais importante — conhecimentos técnicos especializados "CAMPOSALES" dispõe de todos os recursos técnicos e materiais para a construção de câmaras para carnes, aves, ovos, laticínios, peixes, bem como para hospitais, quartéis, escolas, maternidades etc. Solicitem orçamentos

Alguns Hospitais aos quais Campos Salles S.A. forneceu Câmaras Frigoríficas:

- Penfigo Foliáceo
- Hospital São Luiz Gonzaga — Jaçanã
- Hospital Miguel Pereira — Mandaguá
- Hospital Santa Helena
- Hospital Tuberculosos — Santa Rita Passa Quatro
- Hospital Infantil de Indionópolis
- Maternidade Paulista
- Hospital Sorocabana — São Paulo
- Hospital Sorocabana — Botucatu
- Casa Maternal Leonor Mendes de Barros
- Hospital Santa Edwiges
- Sanatório Padre Bento — Gopouva
- Maternidade de São Paulo
- Hospital Infantil Morumbi
- Hospital do Juqueri



C A M P O S S A L L E S S . A .

**Acessórios para Refrigeração - Válvulas
- Controles de Temperatura - Conexões
- Canos de Cobre - Óleos - Gases -
Gavetas - Correias em V - Secadores
Registros - Sanfonas**

INDÚSTRIA E COMÉRCIO
**Fabricantes de Refrigeração Doméstica,
Comercial e Câmaras Frigoríficas**
SÃO PAULO

**Compressores Frigoríficos - Bases - Con-
densadores - Evaporadores Domésticos
e Comerciais - Chaves Elétricas - Fer-
ramentas Manuais - Motores Elétricos
- Peças para Reposição**

SÉDE: Rua General Júlio M. Solgado, 78 — Telefones: 51-2171 - 51-2172 - 51-2173 - 51-5146 - N.º de Inscrição 122.702
FÁBRICAS: R. Felix Guilhem, 1268 (Lapa) - Fone 5-0229 - Inscr. 256.309 - R. dos Camarés, 150 (Carandirú) - Fone 3-8804
Inscrição 320.299 — Enderço Telegráfico: "CAMPOSALES" — Caixa Postal, 2979

WALTER S. A.

EQUIPAMENTO MÉDICO — HOSPITALAR — DENTÁRIO

E S T U D O S

P R O J E T O S

I N S T A L A Ç Õ E S

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

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

UM APANHADO SÔBRE OS CLUBES DE TERAPIA SOCIAL

J O S H U A B I E R E R *

(*) M. D., D. Econ., Dipl. Ind. Psych. (Adler), Diretor Médico do Instituto de Psiquiatria Social Psicoterapeuta Consultivo do Hospital Runwell.

Traduzido por:

E V A N G E L I N A L E I V A S

O último século viu três modificações fundamentais no tratamento de doentes mentais: o desenvolvimento dos Serviços de Higiene Mental, o estabelecimento de modernos tratamentos físicos em psiquiatria e — as descobertas de Freud, Jund e Adler. Anteriormente ao século passado, os doentes mentais eram exibidos em gaiolas — tratamento pior do que o que recebiam os criminosos perigosos — e é enorme a modificação representada pela organização dos Serviços de Higiene Mental. Desde o estabelecimento do Departamento de Contrôlo, o período de tutela em Hospitais Mentais se transformou num período realmente humanitário. As descobertas de Narcose prolongada, Tratamentos de Choque e Leucotomia auxiliaram grandemente esta transformação.

Não obstante as descobertas de Freud, nenhuma forma prática e útil de tratamento para homens e mulheres portadores de moléstias nervosas ou mentais tem sido utilizada, no entanto.

Como uma tentativa para encontrar solução para este problema ainda não resolvido, alguns pontos fundamentais foram investigados no Hospital Runwell em 1938-39. Assim, por exemplo, é

certo presumir que pacientes psicóticos e mesmo os catatônicos perderam todo contacto com a vida. Provas experimentais mostraram que mesmo os catatônicos possuem algum contacto e foi assim concluído que outros psicóticos, com excessão dos portadores de estados confusos e tóxicos e deficientes mentais, devem possuir um contacto ainda mais profunda. É assim compreensível que os doentes experimentem reações bem definidas por ocasião da admissão em hospitais mentais e estão longe de se encontrarem indiferentes ao que lhes cerca.

É fácil de se imaginar o estado de espírito do paciente ao ser internado; seu receio subconsciente de ficar louco se encontra confirmado — receio esse que acreditamos ser quase universal — sua capacidade de iniciativa e desejo de criação encontram-se perdidos, sua liberdade restringida e seu senso de responsabilidade abolido. Privado de tudo isto, o paciente provavelmente retrair-se-á ainda mais em sua casca ou, ao contrário, revoltar-se-á contra essas circunstâncias e poderá demonstrar agressão aumentada. Uma ou outra reação leva a uma restrição maior, o que estabelece um círculo vicioso. Como o mundo exterior se acha

já fechado para esses pacientes, a única alternativa é levar parte dele ao hospital. A introdução do clube social apareceu como a resposta a este problema.

Foi Alfredo Adler quem acentuou a importância da "comunidade" na vida de todos nós. Acreditava que nenhum homem pode permanecer por muito tempo contra a comunidade ou isolar-se para sempre sem que isso resulte em efeito maléfico. Para Adler, a situação de transferência — princípio fundamental do tratamento Freudiano — não era a relação do paciente com outro ser humano sob a aparência de pai ou mãe, mas sim a relação do paciente para com o terapeuta, como expoente da comunidade.

Até agora essa concepção básica de Adler não foi aceita de um modo geral, devido à influência de Freud ter sido tão grande na psicologia médica nestes últimos 50 anos. Mas o desenvolvimento extraordinário dos métodos de tratamento social e de grupo fez com que se tornasse evidente a importância desses princípios fundamentais de Adler. Justifica-se que seja ele chamado de pai das modernas formas de terapia social e de grupo.

De acordo com minha própria experiência de nove anos de prática, sei bem que a criação de clubes sociais faz surgir muitos problemas e dificuldades. Liberdade de ação e autodireção, livre mistura de sexos têm de ser compatíveis com os regulamentos existentes, tradições e responsabilidades. Outros hospitais iniciaram agora clubes sociais terapêuticos, mas nem sempre dentro das diretrizes aconselháveis. Por exemplo, alguns colocaram um paciente como encarregado do clube, sem supervisão psiquiátrica ou orientação. Com grande frequência, um paciente agressivo toma a direção total e utiliza mal o clube para satisfação de seus instintos ditatoriais e destrói a idéia do grupo terapêutico como uma comunidade de auto-direção democrática.

Outras dificuldades podem, também, surgir se se deixa os pacientes totalmente sem supervisão. Por outro lado, se o psiquiatra ou as enfermeiras permanecem com a direção total do clube, os pacientes sentirão para com ele como para qualquer outra seção do hospital, que tudo é feito para eles e que não lhes cabe nenhuma responsabilidade. Tanto quanto podemos avaliar, a melhor solução é deixar os pacientes completamente encarregados e responsáveis as enfermeiras e o restante do pessoal somente comparecendo à convite dos membros, todos eles pacientes. Os pacientes, no entanto, elegem um certo número de membros honorários, os quais normalmente incluem o Superintendente, a Enfermeira-chefe, o psiquiatra interessado no clube e seus assistentes. Estes têm o direito de assistir e tomar parte nas reuniões, mas não votam. Esta solução tem dado bons resultados e até agora não encontramos maiores dificuldades nesse sentido.

Nossa segundo problema consistia em fazer com que os pacientes assumissem responsabilidade. Era uma grande dificuldade visto que a incapacidade de arcar com responsabilidade é em geral uma das causas da hospitalização. "Tratamento Circunstancial" foi introduzido para resolver o problema. Por "tratamento circunstancial" queremos dizer medidas individuais tomadas pelo psicoterapeuta e seus assistentes, mas de um modo impessoal com o fim de obter uma modificação na atitude do paciente. O psicoterapeuta e seus assistentes possuem conhecimento mais completo dos antecedentes analíticos de um determinado paciente do que ele mesmo. Na "Tratamento Circunstancial" compreensão é substituída por experiência e realização. Esses dois agentes terapêuticos têm possibilidade de vencer a dificuldade de tratamento ortodoxo psicoanalítico, ou seja, o abismo entre compreensão e realização.

É possível obter compreensão completa por meio de uma análise laboriosa e cara de 5 anos e aprender que a "fixação materna" pode ter tornado um homem ambivalente para com outras mulheres, mas isso não fará com que necessariamente seja mais fácil para ele pedir a uma jovem para dançar. É mais fácil fazer com que o rapaz dance com o auxílio da técnica "circunstancial", antes de ter tempo de se sentir paralizado por suas inibições. Transferência, encorajamento e a atmosfera de grupo o auxiliarão certamente a dar esse passo. Tão logo ele perceba que essas coisas

não são tão difíceis como pareciam, as inibições diminuem e podem desaparecer. Compreensão não é, assim, necessariamente, um fator de sedimentação mas poderá obtê-la. Não se trata de re-educação já que não há um processo consciente de aprendizado, mas antes, de re-valorização — uma modificação na atitude fundamental do paciente — ao se fazer com que os pacientes encarem as coisas diferentemente.

O exemplo seguinte, de minha experiência, pode ilustrar isto. Um jovem rapaz passou a fazer parte de um clube e do grupo de tratamento anexo ao mesmo. (Em alguns clubes de terapia social, psicoterapia de grupo faz parte de suas atividades, os membros elegeram-no presidente. Tornou-se evidente, através de suas próprias declarações durante o tratamento de grupo, que se tratava de um ladrão que ainda continuava a acreditar que egocentrismo e imoralidade são a melhor maneira de viver. Sua máxima era "Deixemos que os outros sejam tão honestos quanto possível, assim não suspeitarão que eu seja desonesto". O grupo ensinou-lhe muito rapidamente, não o re-elegendo como presidente e por muitas outras maneiras, a reconsiderar sua atitude fundamental. Percebeu que suas dores de cabeça e depressões eram o resultado de sua atitude anti-social, a qual fazia com que suas tentativas ambiciosas de sucesso falhassem constantemente. Fazendo com que tal indivíduo deixasse a presidência, em qualquer outro clube, poderia ter como resultado torná-lo ainda mais anti-social, mas a grande vantagem do clube terapêutico é que se pode utilizar suas diferentes situações para objetivos terapêuticos, já que nesses cenários sociais as tensões e estouras ocorrem em condições sob controle.

O terceiro problema era de fazer face às dificuldades eugênicas. Houve alguns poucos casos de casamento entre membros e estes foram surpreendentemente felizes, fato que pode encorajar investigação. Muitos terão lido acerca da interessante experiência de um psicólogo de Londres que inaugurou uma agência de casamento para pessoas com dificuldades. Possivelmente, seleção natural no clube dá melhores resultados do que um agrupamento mecânico, embora científico. Duas amigas tiveram de ser interrompidas a fim de evitar que se transformassem em uma união mais séria, um por ser epilético e o outro, um portador de esclerose múltipla, mas na maioria dos casos não tem havido razão para se pressupor que qualquer malefício possa se seguir, quer sob o ponto de vista eugênico ou humano.

Um caso desconcertante foi o de uma moça portadora de esquizofrenia avançada, em quem todos os tratamentos haviam falhado, e de um homem aparentemente com personalidade psicopática, sem qualquer esperança de cura. Ele conseguiu fazê-la sair do hospital, casou-se com ela e ela surpreendentemente se colocou como reporter num jornal importante de Londres.

O tratamento de um clube social difere do tratamento dado no consultório. O consultório tem um ambiente que não é encontrado na vida corrente; excepcional e, daí, artificial. As condições de um clube social não são diferentes das existentes na vida diária e o tratamento no clube é, assim, dado em condições que se encontram tão próximas quanto possível das "condições do meio" da pesquisa antropológica. Há ainda que os pacientes se comportam diferentemente no consultório e no clube, podendo-se, assim, utilizar o clube para fins de diagnóstico e de controle.

Encorajado pelo sucesso imprevisto em pacientes portadores de moléstia mental aguda, outro clube foi criado para pacientes crônicos e em estado de deteriorização. Embora este último não tenha sido dirigido em bases tão democráticas como o primeiro, é auto-administrado e dá aos doentes crônicos oportunidade de utilizar sua iniciativa. Auxilia todos os pacientes, dando-lhes algo em que esperar, pensar e para planejar e auxilia as enfermeiras encarregadas dos pavilhões de crônicos a manter melhor disciplina.

Tornou-se evidente que fazendo com que pacientes vivam uma vida normal, cheia de atividades e responsabilidade, poderia ser não somente uma melhoria nos métodos de tratamento, mas um auxiliar para reduzir o número de recaídas. Na realidade, alguns

pacientes gostam tanto desta vida que procuram prolongar sua permanência no hospital, mas isto, de certo, pode ser vencido de maneira adequada. Fato mais importante é que os pacientes se habituam tanto à uma vida social interessante e ativa que dela sentem falta quando tem alta. Isto levou à idéia da criação de clubes extra-muros. Nosso objetivo inicial ao fazer isto se tornou de importância secundária quando percebemos o grande número de indivíduos anti-sociais que frequentavam nossos ambulatórios. Diante dessa grande massa de pessoas tímidas, solitárias e desconfiadas, surgiu a pergunta "sua associabilidade é um sintoma da doença — ou é possível que sua associabilidade seja a causa ou, ao menos, uma das grandes causas de seus sintomas e doenças?" Este é um problema difícil mas ficou evidenciado em grande número de casos que a modificação de uma atitude associal para uma social e relações sociais ativas fizeram não somente, com que sintomas desaparecessem mas causaram uma modificação fundamental nos pacientes.

Ao se estabelecer clubes externos, um dos maiores receios era o de um estigma — receio de que pudessem chamá-los de clubes dos "lunáticos". Assim, os clubes foram fundados longe dos hospitais, com nomes comuns, o que fez com que essa dificuldade não surgisse. Na maioria dos clubes, amigos e parentes podem se tornar membros; isto auxiliou a evitar o estigma pelo sentimento de que não há nenhuma diferença entre os chamados normais e os pacientes portadores de perturbações nervosas e mentais. Fez-se uma experiência com um médico possuidor de grande visão psicológica, ao qual se perguntou, num determinado clube, quem era paciente e quem amigo. Na maioria dos casos, não acertou.

A mistura de pacientes com pessoas normais possuem ainda a vantagem de se poder dizer realmente ao paciente envergonhado de sua doença que ninguém sabe quem é paciente e quem não é. Mas isto trouxe um resultado totalmente inesperado — muitos desses parentes e amigos são, na realidade, pacientes, pacientes nesse estágio inicial em que não se consulta um médico. E este é o estágio que é interessante para o psiquiatra moderno se pôr em contacto com o paciente, o que raramente ocorre. Os clubes externos poderão, assim, ajudar a descobrir uma das maneiras de resolver o importante problema da profilaxia em psiquiatria.

Nós que acreditamos no valor desses clubes, não pensamos, no entanto, que a terapia social seja uma panacéia. Tivemos muitas decepções e fracassos, muitos dos quais devido ao fato de sermos pouco numerosos e pobres.

Nossa atitude, que procurei explicar nessa publicação, pode ser resumida nas seguintes sugestões:

1. Que devemos fazer pelo paciente somente aquilo que não conseguimos que ele mesmo faça. Devemos tratá-lo como se fôsse

normal e dar-lhe responsabilidade completa para si e seu meio, como um incentivo para pensar, planejar e criar.

2. Que o tratamento deve ser realizado sob "condições de meio" — o que apresenta algumas desvantagens compensadas pelas vantagens — por evitar-se a atmosfera artificial dos consultórios.

3. Que "tratamento Circunstancial" pode dar bons resultados em certos casos, pelo fato de vencer o abismo no tratamento psico-analítico entre Compreensão e Realização.

4. Que associabilidade, que inclui tôdas as formas de timidez, isolamento e solidão, é uma dos desajustamentos mais comuns existente neste país.

5. Que neste tratamento, em contraste com o tratamento feito em consultório, a situação de transferência não é o ponto central mas somente um fator terapêutico, os outros sendo: influência do grupo, tensão do grupo, a atmosfera do grupo e o exemplo; ficando por responder si associabilidade é resultado ou sintoma de doença nervosa ou mental. Associabilidade pode ser a causa maior dessas doenças, grande número de casos tendo mostrado que a modificação de associabilidade para sociabilidade trouxe uma grande modificação nos sintomas e aspecto geral da moléstia.

6. Que é possível que a Terapia de Clubes Sociais possa se tornar tratamento específico contra associabilidade, embora em alguns casos não seja senão um tratamento complementar; a personalidade e experiência do psiquiatra e de seus assistentes determinarão, em geral, o grau de sucesso desse tratamento.

7. Que o clube poderá auxiliar — como um dos muitos fatores — a acabar com o estigma, ainda muito arraigado, contra doenças mentais e doentes mentais.

8. Que os clubes poderão servir como objetivo profilático importante, já que grande número de parentes e amigos de pacientes neles introduzidos são casos típicos de doença inicial.

9. Que este tratamento dá oportunidades excepcionais para mobilizar outros recursos como a terapeuta social, os próprios doentes e situações diversas, auxiliando, assim, a economizar o tempo caro e pouco disponível do psiquiatra e talvez ajudando a encontrar uma forma de tratamento prático e facilmente realizável e relativamente barato.

Um ilustre colega de Dublin chamou esta forma de tratamento, uma ameaça à sociedade. Não podia imaginar que reunião de psicóticos e paranóicos pudesse resultar noutra coisa que rebelião aberta. Esperamos que o relato de nossa experiência fornecerá uma resposta convincente.

COOPERE COM O IPH NA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS HOSPITALARES

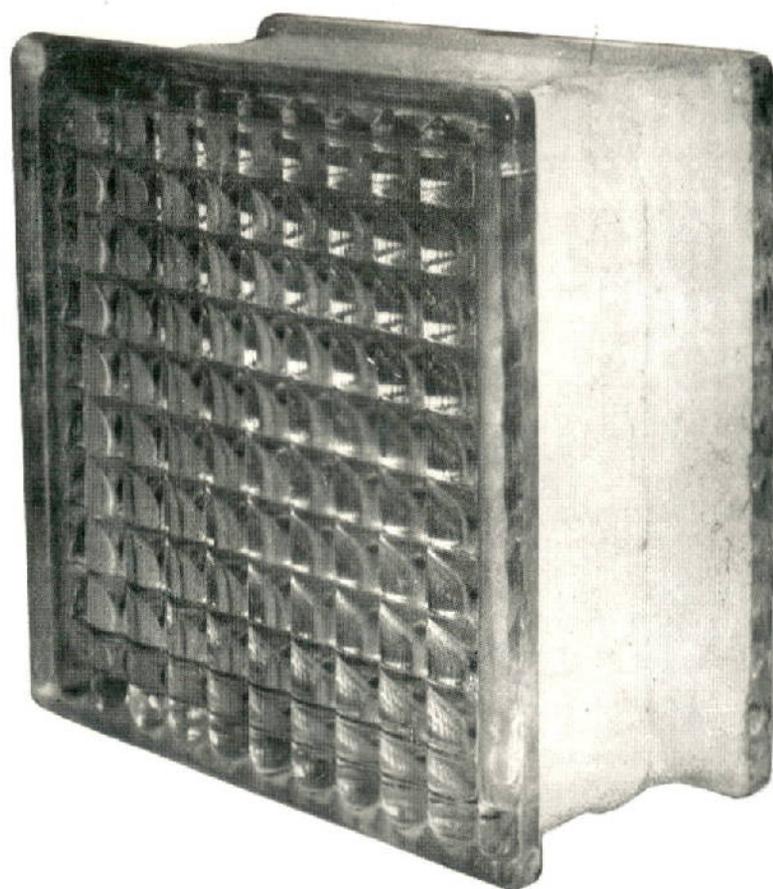
A g o r a F a b r i c a d o s n o B r a s i l

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

T I P O S :

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

C A N E L A D O



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

Casa Bellini de Vidros Ltda. - Comercio e Industria

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

S Ã O P A U L O

O Grave Problema Das Infecções Hospitalares

AS "AMOSTRAS RESISTENTES" DE ESTAFILOCOCOS FAZEM
RENASCER O VELHO PROBLEMA DA CONTAMINAÇÃO HOS-
PITALAR, SUPERADO NO FIM DO SÉCULO XIX —
PERCALÇOS DO PROGRESSO — ABUSO DOS ANTIBIÓTICOS
— P E S Q U I S A S Q U E R E A B R E M

Na segunda edição de seu livro de Bacteriologia, publicada em 1945, escrevia Bier, textualmente: "Resultados verdadeiramente surpreendentes no tratamento das estafilococias graves vêm sendo ultimamente obtidos com a penicilina". Desde 1954, porém, vem-se acentuando nos hospitais um sério problema, deles praticamente ausente desde que a medicina entrou em sua época moderna, de assepsia e antissepsia; êsse problema é o da disseminação, às vêzes constituindo verdadeiras epidemias, da infecção estafilocócica, que a penicilina não consegue controlar e contra as quais é preciso lançar mão de antibióticos sempre novos e varias outras medidas de combate. Sirva de exemplo particularmente ilustrativo o que aconteceu num hospital de Houston, Texas, onde em quatro meses morreram nada menos de 16 criancinhas, vitimadas pelo estafilococo. E se recorrermos às estatísticas hospitalares norte-americanas, verificaremos que desde 1954 se registraram 500 casos de contaminação estafilocócica nos hospitais dos Estados Unidos, quando antes disso a incidência de tais infecções, contraídas no hospital, era praticamente desprezível. Foi todavia na Australia que primeiro se revelou essa especie de reviravolta, com o aparecimento de "amostras hospitalares" de estafilococos; desde 1949, naquele país se realiza trabalho metucioso de levantamento e identificação das raças de estafilococo, o que permitiu reconhecer prontamente a presença de uma determinada raça, ou

amostra, nos hospitais, causando surtos infecciosos graves. Reconhece-se hoje que essa reviravolta resultou em grande parte da seleção de tipos de estafilococos resistentes aos antibióticos tão largamente usados nos últimos tempos, assim como, talvez, do afrouxamento das medidas de assepsia e antissepsia antes rigorosamente seguidas nos hospitais, afrouxamento êsse decorrente da exagerada confiança na ação dos antibióticos. O que acabamos de relatar mostra que o progresso, de par com suas maravilhas, não deixa de criar problemas novos, e que o homem nunca pode, afinal, dormir sobre os louros de suas conquistas sobre a natureza.

AMOSTRAS HOSPITALARES

As amostras hospitalares, de que hoje tanto se fala, caracterizam-se por sua alta capacidade de disseminação, por sua alta virulência e também por sua sensível resistência aos antibióticos em geral.

Há muitos anos, antes da introdução da prática da antissepsia (desinfetantes) no fim do século XIX, a infecção era risco comum nos hospitais, não sendo raro o paciente, neles internado por causa de uma doença, vir a adoecer e morrer de outra, isto é, de uma infecção causada por pneumococo, esterptococo ou estafilo-

coco. Esses micróbios acham-se intimamente associados com o homem, em seu ambiente imediato, sem que todavia causem doença, a não ser quando conseguem ter acesso a tecidos vulneráveis, o que acontece por um enfraquecimento local do organismo ou por uma quebra de suas defesas naturais, em determinadas circunstâncias. Dos "cocos" referidos (os bacteriologistas chamam de "cocos" micróbios que realmente se parecem com pequeninas contas, invisíveis ao olho desarmado), os que provocavam infecções mais graves eram em geral os estreptococos e pneumococos, que com certa facilidade ganhavam a intimidade do corpo e provocavam doença mortal não poucas vezes. Os estafilococos (cocos que costumam aglomerar-se, formando espécies de cachos de uva) menos vezes provocavam infecções tão sérias; limitavam-se a produzir infecções mais ou menos restritas da pele, como furunculos, antrazes etc. Eram, por excelência, os germes produtores de pus. Hoje, um grande especialista, escrevendo sobre a situação atual, que classifica de "mais negro período de toda a história das infecções hospitalares", atribui ao estafilococo papel predominante numa porção de doenças contraídas dentro mesmo do hospital: doenças cutâneas, infecções oculares, pneumonia de recém-nascidos, inflamação do seio das lactantes etc.

VITÓRIA DE PIRRO?

Até certo ponto, conforme salienta Stuart Muda em artigo recente, a medicina foi surpreendida um tanto desarmada pelo "contra-ataque" do estafilococo. Concentrara ela o máximo de sua atenção no preparo das munições que pareciam infalíveis — os antibióticos — e fizera seu ataque em massa contra a infecção. O inimigo parecia inteiramente batido, e sob muitos aspectos fora realmente batido. Tão estrepitosa vitória talvez tenha despertado em muitos pesquisadores a idéia de fechar os laboratórios que se dedicavam às clássicas linhas de pesquisa microbiológica, que consistiam em estudar muito bem as características do microbio, os processos pelos quais ele invade o organismo, os mecanismos que este põe em ação, naturalmente, contra o invasor, procurando daí tirar ensinamentos para o combate por assim dizer biológico da infecção. É certo que não se fecharam esses laboratórios, mas talvez se haja amortecido o interesse por estes últimos estudos. Como os pneumococos e os estreptococos eram os cocos que causavam maiores danos, infecções geralmente mais graves, mereceram muita atenção dos pesquisadores antes do aparecimento das sulfas e dos antibióticos. Como os estafilococos só "puseram as manguinhas de fora" recentemente, já dentro da era dos antibióticos, não houve tempo para dedicar-lhes o mesmo grau de atenção que haviam merecido os estreptococos e os pneumococos. Isto não quer dizer, entretanto, que eles tenham ficado completamente esquecidos; o que se diz é que não mereceram a mesma intensa atenção que aqueles outros tipos de cocos.

O HOSPITAL COMO FOCO

Ora, os estafilococos se mostraram especialmente propensos a desenvolver resistência às novas "drogas mágicas", como têm sido chamadas as sulfas e os antibióticos. As amostras resistentes não apenas passaram a infectar os pacientes hospitalizados, mas também começaram a radicar-se nos médicos e enfermeiras, assim como no pessoal de limpeza e conservação do hospital, e ainda na poeira, nos colchões, na roupa de cama etc. Desses focos ele passa facilmente para o doente e para os operados e facilmente ataca os organismos mais debilitados ou ainda sem muita resistência, como é o trágico caso das crianças em certos berçários (estamos pensando nas 16 crianças que morreram em Houston). Há uma relação evidente entre o intenso uso de antibióticos e o aparecimento subsequente das amostras hospitalares. Assim, nos hospitais para doentes mentais, onde o emprego de antibióticos não é comum, raramente se encontram as tais amostras hospitalares de estafilococos, seja entre pacientes seja entre o pessoal técnico do nosocômio. Por meio de técnicas que permitem identificar linhagens especiais dentro do grupo geral dos estafilococo-

cos (esta identificação se faz, especialmente, por meio de bacteriófagos, que são vírus que atacam e destroem bactérias, de maneira específica — no caso do estafilococo, o bacteriófago que ataca uma determinada linhagem não ataca uma outra, o que permite distinguir essas linhagens entre si) tem sido possível reconhecer o processo de seleção que se vem operando entre os estafilococos, de modo que os resistentes aos antibióticos ganham predominância e passam a espalhar-se dentro dos hospitais e daí se projetam para fora, isto é, para a população em geral, criando sério problema, pois pessoas que nunca tiveram contato com antibióticos ficam sujeitas a ter infecções provocadas por essas amostras resistentes, que nelas se instalam por mero contágio.

O avanço do estafilococo resistente tem sido perfeitamente demonstrado em muitos países.

QUE FAZER?

Que fazer contra a ameaça? Varias reuniões de especialistas já se têm organizado, para debater o problema em todos os seus aspectos. Uma primeira conclusão é a que fala a favor da necessidade de tornar menos indiscriminado o emprego de antibióticos, diminuindo-se assim as oportunidades de seleção das linhagens resistentes.

A ministração de antibióticos precisa deixar de ser feita sem orientação segura do médico, que terá sempre presente a questão da resistência e assim escolherá para cada caso o antibiótico mais adequado. Muito em particular se deve lembrar o inconveniente de qualquer pessoa, ou mesmo médico, passa a utilizar os antibióticos mais novos, só por serem mais novos, em casos em que os antigos poderiam servir muito bem, pois é necessário manter, no arsenal da medicina, algumas "bombas" realmente eficazes para os casos de extrema necessidade, de grande perigo (seria uma espécie de "armas secretas" contra os micróbios).

Por outro lado, muitas empresas químicas se empenham em desenvolver novos produtos antissépticos, ou desinfetantes, que sejam especialmente ativos contra os estafilococos (compostos fenólicos sintéticos, compostos do iodo, compostos quaternários de amônio etc.). Ao mesmo tempo, as autoridades hospitalares procuram reforçar os cuidados de assepsia e antisepsia dentro dos hospitais, devendo-se notar que muito já se tem conseguido com o expediente de utilizar máscaras duplas nas salas de operação e de banhar as crianças em solução de hexaclorofeno.

Os fabricantes de antibióticos empenham-se em descobrir e produzir antibióticos novos, especialmente ativos contra estafilococos resistentes e vários deles têm sido ultimamente anunciados (vancomicina, certas variantes da oleandomicina, ristocelina, kanamicina etc.).

DINHEIRO PARA PESQUISA

Resta ainda o laboratório microbiológico propriamente dito, que retoma com afinco o estudo dos estafilococos e da maneira pela qual ele invade os tecidos. Já se sabia alguma coisa a esse respeito, mas é preciso saber muito mais, a fim de poder desfazer um combate biológico forte, se tal for possível, contra essas infecções. Como sabem os leitores, o organismo, na luta contra a infecção, mobiliza diversos recursos; os glóbulos brancos atacam os micróbios e esse ataque é grandemente favorecido por substâncias dissolvidas nos líquidos do corpo. Estas substâncias não apenas facilitam a ação dos glóbulos brancos, mas também podem neutralizar as toxinas que vários micróbios produzem e que causam muitos sintomas graves. Mas o micróbio não se deixa agredir sem mais nem menos; ele também possui vários recursos de ataque. Muitos possuem capsulas resistentes, outros fabricam toxinas que podem agir longe do foco em que o micróbio se encontra, espalhando-se por todo o corpo, ou enzimas que interferem na coagulação do sangue, ou tornam mais permeáveis os tecidos do corpo,

abrindo assim caminho à penetração dos germes. Estes podem ainda produzir substâncias que atacam os glóbulos brancos, neutralizando desse modo uma das principais armas de defesa do organismo.

O estudo de todos os meios de ataque do estafilococo sem dúvida nos permitirá produzir substâncias específicas capazes de os neutralizar. Já dispomos de algumas dessas substâncias, algumas das quais se usam até na clínica, como por exemplo a anatoxina estafilocócica, que pode ser empregada juntamente com as vacinas contra furunculos e outros processos inflamatórios. Mas precisamos conhecer ainda mais a esse respeito, e por isso mesmo os Estados Unidos já reservaram, no orçamento federal, uma boa verba, de cerca de um milhão de dolares, para ser aplicada em tais estudos fundamentais, que deverão diminuir a ignorância em que ainda nos achamos a respeito de um dos micróbios mais comuns e de algumas das infecções mais antigas da humanidade. Sim, das mais antigas, pois é certo que na Bíblia há referência a elas, segundo se pode deduzir do estudo dos textos e de seu confronto com o que hoje sabemos de tais infecções.

As guerras, com todos os seus horrores, geralmente contribuem acentuadamente para o progresso da ciência aplicada, de que se beneficiam depois os homens nos tempos de paz. Entre o homem e o micróbio invasor há uma guerra sem tréguas que vem desde que o homem é homem. E' possível que do momento crítico agora criado pelos estafilococos resistentes, com seu avanço perigoso, resultem conhecimentos novos, que a humanidade aproveite não só para dominar o problema atual mas também para aplicar à solução de outros, que ainda permanecem em aberto.

H O M E M E S O C I E D A D E

Melhor compreensão da moderna sociedade tecnológica é o objetivo a que visa o livro "man and Modern Society" da autoria de Rolla E. Wicks (McGraw Hill Book Company, seis dolares). Procura mostrar como adquirimos o conhecimento, a habilidade, as idéias, os ideais e as responsabilidades que nos permitem desempenhar nossos papéis na sociedade, tão complexa, em que vivemos. Procura também mostrar pelo menos alguns dos fatores que determinam o gênero de vida que podemos levar se vivermos e trabalharmos ao lado dos outros. Encerra muitos conceitos derivados dos campos da história, da economia, da ciência política, da sociologia, da antropologia, da psicologia, assim como das ciências físicas, especialmente a física, a geologia, a astronomia. Apesar de tanto se abeberar e documentar em fontes sociais, não é um manual de ciências sociais como se verá pelo enunciado dos assuntos nele tratados. A primeira parte cuida dos fundamentos da sociedade, estudando nossa natureza biológica, nosso meio natural e cultural e as relações da ciência com a tecnologia. A segunda parte estuda a organização social, em que se analisam sucessivamente a família, a educação, as instituições econômicas, o governo e a religião. A terceira parte trata dos problemas de uma sociedade tecnológica, examinando a consecução de uma economia estável, o ajustamento dos interesses econômicos conflitantes, o consumo numa sociedade tecnológica, a conservação dos recursos naturais, a democracia, o fascismo, o comunismo, a anarquia internacional num mundo que "encolhe", a educação para a vida numa sociedade tecnológica, a conservação da saúde e da vida, a proteção e promoção dos direitos humanos. O livro é ilustrado com algumas fotografias e alguns gráficos interessantes e cada capítulo apresenta escolhida lista de livros e publicações que o leitor poderá consultar para maiores e mais aprofundadas informações

A F E R V U R A D E S I N F E T A P R E C A R I A M E N T E

A A U T O C L A V E E S T E R I L I Z A E F E T I V A M E N T E

A S U A A U T O C L A V E P R E E N C H E E S T E S P R I N C Í P I O S B Á S I C O S :

- | | |
|---|--|
| a. TERMÔMETRO DO MERCÚRIO NA SAÍDA DO VAPOR? | e. PORTA COM TRAVE ACCIONADA PELO VAPOR? |
| b. ENTRADA DO VAPOR PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR? | f. FUNIL DE DESCARGA NA LINHA DE ESGOTAMENTO? |
| c. SAÍDA DO VAPOR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR? | g. PURGADORES AUTOMÁTICOS DE AR E CONDENSADO? |
| d. VÁLVULA DE SEGURANÇA AUTOMÁTICA? | h. VÁLVULAS AUTOMÁTICA REGULADORA E REDUTORA DE PRESSÃO? |

NOSSO PROGRAMA DE VENDAS



CENTROS E APARELHOS TELEFÔNICOS:
de quaisquer tipos e sistemas.

TELEFONES DE INTERCOMUNICAÇÃO:
de todos os tipos, para os aparelhos falarem entre si, com ou sem sigilo.

SISTEMA DE PROCURA DE PESSOAS:
ótico e acústico, manual ou automático, sendo neste último caso conjugado com centros telefônicos automáticos.

RELÓGIOS "MESTRES E SECUNDÁRIOS":
mestres com ou sem dispositivo de sinalização automático e secundário de todos os tipos, tamanhos e acabamentos.

RELÓGIOS DE TORRE E FACHADA:
para igrejas, estações de Estradas de Ferro, Rodoviárias, etc.

RELÓGIO DE PONTO:
cartográficos:
 secundários
 de corda manual
 de corda automática
 com ou sem dispositivo de sinalização
 automática de horários e de revista de pessoal.

autográficos
para assinatura pessoal

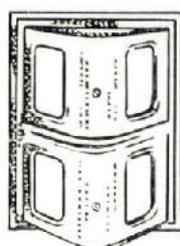
de mão de obra e tarefas:
sistemas de minutos, decimal e centesimal.



RELÓGIOS DE CORDA:
de parede, em vários tamanhos e tipos.

RELÓGIOS DE VIGIA:
portáteis, sem e com visor ou mostrador,
e centros de controle automático geral.

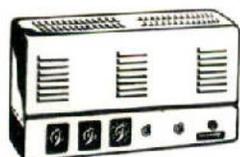
ALARME CONTRA ROUBO, ASSALTO E INCÊNDIO:
sistemas manuais e automáticos, de todos os tipos, para proteção de bancos, residências, lojas, fábricas, depósitos, etc.



SINAIS LUMINOSOS:
para chamada silenciosa de pessoas e empregados em hospitais, hotéis, indústrias, escritórios, etc., de diversos tipos e sistemas.

INSTALAÇÕES ELÉTRO-ACÚSTICAS:
de qualquer tipo e sistema.

ANTENAS COLETIVAS:
para rádio e televisão em prédios de apartamentos, etc.



MATERIAL EM GERAL:
cabos, fios, eliminadores, retificadores, baterias e peças para manutenção dos equipamentos fornecidos.

NEO-REX DO BRASIL LTDA.

SÃO PAULO:

RUA JOAQUIM FLORIANO, 737/51 — Caixa Postal, 7221
Telefone: 8-2126 (Rêde interna) — End. Telegr.: "NEOREX"

RIO DE JANEIRO:

AV. RIO BRANCO, 277 — Conj. 1508 — Caixa Postal, 3455
Telefone: 42-7773 — End. Telegráfico: "NEOREX"

II CONGRESSO DA AMB

Belo Horizonte, 29 de setembro a 4 de outubro de 1959.

Secretaria: Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278, São Paulo, SP.

Presidente: Dr. Iseu de Almeida e Silva; Secretário Geral: Prof. Dorival Macedo Cardoso; 1.º Secretário: Dr. Luiz Gonzaga Murat; 2.º Secretário: Dr. Jairo Pombo do Amaral; 1.º Tesoureiro: Dr. Fausto Figueira de Mello; 2.º Tesoureiro: Dr. Fausto Seabra; 3.º Tesoureiro: Dr. João Manoel Carvalho Filho.

COMISSÃO EXECUTIVA — Presidente: Dr. Bolivar Drumond; Vice-Presidente: Dr. Hilton Rocha; Vice-Presidente: Dr. Livio Renault; Secretário Geral: Dr. João Gontijo; Tesoureiro: Dr. Oramar Moreira; Membros: Dr. Argeu Murta, Dr. Carlos Castro Teixeira, Dr. Dao Fides Baumgratz, Dr. Edmundo de P. Pinto, Dr. J. B. Greco, Dr. José Ferolla, Dr. José Maria Figueiró, Dr. Lucas Machado, Dr. Luiz Adalmo Ladi, Dr. Mozart Furtado, Dr. Silvio Miraglia, Dr. Tancredo Furtado.

PROGRAMA SOCIAL — Setembro dia 29: Recepção e coquetel oferecido pelo Exmo. Sr. Governador do Estado de Minas Gerais.

Dia 30: Espetáculo no Teatro Francisco Nunes. Outubro dia 1: Concerto pela Orquestra Sinfônica Brasileira no Cine Brasil.

Dia 2: Madrigal Renascentista e "show" da Rádio Nacional no Minas Tennis Club.

Dia 3: Banquete de encerramento e Baile no Minas Tennis Clube.

Dia 4: Churrasco na Cia. Belgo Mineira, em Sobará.

EXCURSÕES FACULTATIVAS: Excursão a Brasília, partindo na manhã de 4 de outubro, e voltando no mesmo dia; a viagem será em aviões Convair, fretados pela AMB. Os custos da excursão, tudo incluído, serão os seguintes: partindo de Belo Horizonte e voltando para: Belo Horizonte: Cr\$ 3.200,00; São Paulo: Cr\$ 3.900,00; Rio de Janeiro: Cr\$ 4.200,00.

Esta excursão a Brasília dependerá da inscrição de congressistas em número suficiente para lotar os aviões (42 lugares cada).

Excursão a Ouro Preto, condições a combinar com empresas de Belo Horizonte.

INSCRIÇÕES: De 1.º de julho a 15 de agosto de 1959.

TAXAS: sem hospedagem: Cr\$ 500,00 por pessoa. Com hospedagem: **Classe A:** Cr\$ 3.000,00 por congressista e Cr\$ 1.500,00 por acompanhante. **Classe B:** Cr\$ 2.000,00 e Cr\$ 1.000,00 respectivamente. **Classe C:** Cr\$ 1.500,00 por congressista, não sendo possível inscrição de acompanhante nesta classe.

PAGAMENTOS NA INSCRIÇÃO: Sem hospedagem: Cr\$ 500,00 por pessoa. Com hospedagem: metade do valor total.

O saldo será pago na Secretaria do Congresso. OBSERVAÇÕES: A taxa dará direito: a) estada com café da manhã; b) participação em todas as atividades e festejos do Congresso.

2.º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA MILITAR

Secretaria: Av. Alberto Bins, 612 — Pôrto Alegre — Rio G. do Sul.

Rua Rodrigo Silva, 30 — 1.º andar — Rio de Janeiro.

Pôrto Alegre, de 25 a 31 de agosto de 1959.

XII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Secretaria: Associação Brasileira de Enfermagem — Seção São Paulo.

Rua Cardoso de Almeida, 1093

São Paulo, de 19 a 26 de julho de 1959.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA

Tomou posse no dia 2 de fevereiro, na sede da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo a nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que regerá os destinos da instituição no biênio 1959-1960, e que será composta da seguinte maneira: Presidente, Alípio Pernet; Vice-Presidente, Roberto Farina; Secretário-Geral, David Serson Neto; Secretário Suplente, A. Gouvêia Giudice; Tesoureiro, Orestes Menegazzo; Bibliotecário, Luís E. Reginato.

Conselho Consultivo: A. Duarte Cardoso, Wladimir do Amaral, Georges Ariè. Comissão de Divulgação e Cultura: Victor Spina, Roberto Millan, John Woisky do Rio.

● Foi empossada, recentemente, em João Pessoa, Paraíba, a nova Diretoria da **Sociedade de Medicina e Cirurgia** da Paraíba, para o biênio 1958/59, de que é Presidente, Vanildo Pessoa; Presidente Substituto, Guilar do Martins.

● Transcorreu o terceiro aniversário do **Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas**, órgão criado pelo Ministro Maurício de Medeiros com a finalidade de oferecer assistência médica e dentária às populações de áreas de difícil acesso no Norte e Nordeste.

Neste triênio as duas unidades em serviço já socorreram cerca de 400 mil pessoas, abrevuando-as e vacinando-as contra o tifo, a varíola e a febre amarela.

NOVO DIRETOR DE SAÚDE DA MARINHA

Realizou-se recentemente a cerimônia da posse do Almirante-médico Dr. Waldir Caldas Pires no cargo de Diretor de Saúde da Marinha.

Transmitiu a carga, em solenidade que contou com a presença de altas autoridades civis e militares, o Almirante-médico Dr. Brito e Silva.

● O índice do tracoma no Estado de São Paulo passou de 33% em 1943 para 6,1% em 1958 segundo estatística recentemente publicada pelo Instituto de Tracoma e de Higiene Visual do Estado, que é dirigido pelo Dr. Álvaro Miller. As regiões do Estado mais atingidas pela doença são Mogiana e Araraquara.

● Em Cotanduba será inaugurado em breve o **Hospital Regional de Tuberculose** que disporá de mais de 700 leitos, tal como o de Araraquara. A inauguração do novo nosocômio espera-se para dentro de alguns meses, segundo declarou recentemente à imprensa leiga o Secretário de Saúde do Estado.

● Conforme já noticiamos São Paulo vai dispor de um **Instituto de Medicina Tropical**. O Governador do Estado, em despacho com o Reitor da Universidade nos primeiros dias de janeiro assinou o decreto que cria a nova instituição.

● Foi empossada no passado mês de dezembro a nova Diretoria da **Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto** que ficou constituída da seguinte maneira: Presidente: Raul Aguiar Ribeiro; Vice-Presidente, Helion de Melo Oliveira; Secretário Geral, Nelson de Carvalho Seixas; 1.º Secretário, Duília Peregrino; 2.º Secretário, Gilberto Lopes da Silva Filho; 1.º Tesoureiro, Laura Ribeiro; 2.º Tesoureiro, Luiz Bonfá; Orador, Linneu de Alcântara Gil; Bibliotecário, João Freitas. Comissão de Defesa de Classe: S. Júnior, Helio Cherubini e Ivan Mixiara; Comissão Científica: J. Carlos Laurito, Milton Dias e Melchíades Oliveira; Delegados Eleitores: Mário V. Furquim, Oscar Dória, Wenceslau Botelho e J. Arroyo Martins; Suplentes Delegados Eleitores: Orival Nascimbene, Aloísio Rossi, Leonardo Lania e José Melo Mendes.

● Tomou posse no passado mês de dezembro e terá mandato até dezembro de 1961 a nova Diretoria do **Ramo Brasileiro da Academia Americana de Pediatria** que está assim constituída: Presidente, Álvaro Aguiar; Vice-Presidente (Presidente Eleito), E. Corrêa de Azevedo; Tesoureiro, Otávio da Veiga; Secretário, Roberto Martins Ferreira; Diretor Associado, Luís Tôres Barbosa; Membros da Diretoria, Hélio de Martino, Hugo Fortes, J. Magalhães Carvalho e Virgílio Carvalho Pinto.

● Foi recentemente empossada, em solenidade especial, a nova Diretoria da **Associação Médica Fluminense**, que está assim constituída: Presidente, Almir Barbosa Guimarães; Vice-Presidente, Mário Tinoco Filho; Secretário Geral, Jairo Pombo do Amaral; 1.º Secretário, José Harmínio Guasti; 2.º Secretário, Plínio Jotta Cantarino; 1.º Tesoureiro, Floriano Feltrim; 2.º Tesoureiro, Noli Lorentz; Diretor Social, Armando Maurício Silva; Diretor de Previdência, Ari Miranda; Diretor de Publicidade, Carlos Alonso; Bibliotecário, Valdir

Sequeira Soares; e Orador, Luiz Carneiro Bate-lho. Em discurso o Dr. Almir Guimarães afirmou: "amputarei minhas aspirações pessoais e multiplicarei meus esforços em benefício dos associados".

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS

A Associação Médica de Minas Gerais, de Belo Horizonte, comunica a eleição de sua nova diretoria para a biênio 1959-60, que ficou assim constituída:

Presidente, Lívio Renault; vice-presidente, Oromar Moreira; Secretário-geral, João B. Gontijo Assunção; 1.º secretário, Carlos Martins Teixeira; 2.º secretário, Oswaldo Coelho; 1.º tesoureiro, Paulo de Sousa Lima; 2.º tesoureiro, Sílvio Miraglia; Orador, Rafael Bastos Pereira; e bibliotecário, Oswaldo G. Costa.

HOMENAGEADO PELA CLASSE MÉDICA DE SÃO PAULO O MINISTRO MÁRIO PINOTTI

O Ministro Mário Pinotti foi homenageado na noite de 21 de janeiro de 1959, pela Classe Médica de São Paulo, durante um banquete que teve lugar no Clube Paulistano e em que tomaram parte cerca de 1.200 pessoas.

Esta homenagem ao Ministro Pinotti teve como objeto o seu magnífico trabalho no setor da Saúde Pública e Assistência Social no Brasil, e constituiu uma verdadeira consagração do sanitário e administrador. Da Comissão Organizadora da homenagem faziam parte todas as altas autoridades no setor da Saúde do Estado, com o Secretário de Saúde do Governo, o Magnífico Reitor da Universidade, diretores das diversas Faculdades de Medicina, presidentes de Sociedades Médicas, diretores de Hospitais e ainda os Presidentes dos Centros Acadêmicos de Faculdades de S. Paulo, Ribeirão Preto e Sorocaba.

Os médicos de Brasília, que já alcançam a casa dos 35, reuniram-se no dia 6 de fevereiro para assentarem as bases da fundação da **Associação Médica de Brasília**.

Todos os setores da medicina local estiveram representados nessa reunião e, após os debates sobre os vários aspectos da situação original de Brasília, deliberaram que se fundasse uma Entidade nova, filiada diretamente à Associação Médica Brasileira, ficando assim dissolvida a Regional de Brasília da Associação Médica de Goiás, que funcionava desde 19 de dezembro de 1957. Ainda por decisão da maior parte dos presentes aos debates, foi escolhida a seguinte Diretoria: Presidente de Honra - Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira.

Presidente - Dr. Isaac Barreto Ribeiro.

Vice-Presidente - Dr. Osvaldo Fernandes Leão.

1.º Secretário - Dr. Manuel Scartezini.

2.º Secretário - Dr. Rômulo Maracal.

Tesoureiro - Dr. Jorge Nabut.

Diretor Social - Dr. Roberto S. C. Penteado.

Comissão de elaboração dos estatutos: - Dr. Ernesto Silva, Dr. Edson Pôrto, Dr. Alberto Pimentel Cardoso, Dr. Edvaldo Pacheco.

A esta Diretoria, provisória, caberá a tarefa de organizar a nova Associação, bem como elaborar o projeto dos Estatutos, o qual será apresentado à Assembléia Geral da Associação, a ser convocada num prazo de 90 dias, quando será eleita a sua Diretoria de caráter definitivo.

Foram empossados nos primeiros dias de Janeiro os novos membros da Diretoria da **Associação dos Médicos de Santos**, que ficou assim

constituída: Presidente, Jayme Melchort de Castro; 1.º Vice-Presidente Gino Sarti; 2.º Vice-Presidente, Antonio Braga Neto; 1.º Secretário, Ave-lino Gomes da Silva; 2.º Secretário, Leo Mendes Coelho e Mello; 1.º Tesoureiro, Mário Billerbeck; 2.º Tesoureiro, Jorge Demétrio Haick; Bibliotecário, José Luiz Camargo Barboza, Comissão de Sindicância: Newton de Lima Azevedo, Hugo Santos Silva Júnior e Antonio Thomaz Pacheco Lessa Júnior. Comissão de Contas: José Goulart Penteado, Luiz de Matta Couceiro e Ary Garcia.

A Nova Diretoria da **Sociedade Brasileira de Alegria** está constituída: Presidente, Ulisses Fabiano Alves Filho; Vice-Presidente, José Bartolomeu Grego; 1.º Secretário, F. J. de Silveira Loba Júnior; 2.º Secretário, José Rangel de Moraes; Tesoureiro, Ladislau A. Samogyi; Bibliotecário, Oswaldo Antonio Braga Seabra. Conselho Fiscal: Araujo Cintra, Paulo Dias da Costa e A. de Oliveira Lima; suplentes, Nelson Passarelli e José Carvalho Ferreira.

I CONGRESSO BRASILEIRO DE ATUALIZAÇÃO EM MEDICINA

O I Congresso Brasileiro de Atualização em Medicina, que sob os auspícios de TRIBUNA MÉDICA se realizou em São José dos Campos (S.P.) de 20 a 22 do mês corrente, constituiu-se numa manifestação médica do mais alto interesse, a ela tendo comparecido algumas das maiores figuras da Medicina Brasileira.

O grande desenvolvimento da endocrinologia e o melhor conhecimento da fisiopatologia da reprodução revelaram melhor a extrema complexidade de que se reveste o tratamento do casal estéril. Hoje, a literatura mundial da especialidade é das mais ricas. Existem clínicas e serviços especializados em todos os países civilizados do mundo. A aparelhagem propedéutica e de tratamento está enormemente enriquecida. A assistência médica ao casal estéril já existe uma autêntica especialização.

O I Cobam teve uma Mesa Redonda especialmente dedicada ao assunto. Serão participantes oficiais conhecidos especialistas. Os colegas que quiserem terão oportunidade de esclarecer as dúvidas ou discutir livremente o assunto.

Rim artificial, esta notável e recente aquisição da medicina, foi motivo de uma Mesa Redonda. Dela participaram os principais serviços brasileiros que possuem o aparelho. Uma equipe de especialistas capazes que farão o relato de suas observações, mostrarão as minúcias da técnica ou as precisas indicações. Muita leremos que aprender.

Toxicoses no lactente, este grande e sempre atual problema médico, cuja importância é tão sentida em nossa zona rural, mereceu a atenção de notáveis especialistas.

Uma Mesa Redonda sobre História da Medicina, versou a "História das Misericórdias, abordando o importante tema da evolução histórica e social das Misericórdias, fundadas em 1948, em Portugal, pela Rainha Dona Leonor.

Presidiu à Sessão o professor Ernesto de Souza Campos, antigo ministro da Educação e Cultura, tendo funcionado como relator e organizador da Mesa-Redonda o dr. Ivalino de Vasconcelos, presidente do Instituto Brasileiro de História da Medicina.

A Mesa Redonda sobre Socialização da Medicina foi realmente um dos pontos altos do I COBAM. Enorme o interesse despertado, grande a assistência presente. Tomaram parte na Mesa o Prof. Alvaro Dória e os Drs. Clóvis de Sá e Benevides e Fausto Figueira de Melo, que foi eleito Presidente. Foram apresentados três magníficos relatórios. Após sua apresentação houve ampla e viva discussão, sendo aprovadas pela

totalidade dos colegas presentes, menos um, as seguintes deliberações que sintetizam bem o pensamento dominante:

"A Mesa Redonda sobre Socialização da Medicina do I Congresso Brasileiro de Atualização em Medicina, reunida em São José dos Campos em 21 de fevereiro de 1959, vem a pública declarar:

1) A sociedade e os médicos devem reconhecer o direito de todo ser humano ser assistido na enfermidade ou socorrido no sofrimento.

2) Todo plano de Assistência Médica ou de Saúde no país deve ter parecer dos médicos através da Associação que os representa — a Associação Médica Brasileira — devendo seguir as normas estabelecidas por esta.

3) A fim de disciplinar os serviços de assistência médica prestada pelo poder público, deveria caber ao Município a atribuição de prestar assistência aos portadores de moléstias agudas. Ao Estado, a assistência aos portadores de moléstias crônicas. À União, o combate às endemias e epidemias. Caberia ainda ao Estado ação normativa e supletiva sobre o Município. À União, ação normativa e supletiva sobre o Estado.

4) A Sociedade deve reconhecer que qualquer serviço de assistência médica somente pode ser realizado como o serviço profissional dos médicos; mesmo quando trabalhando em instituição beneficente ou de benemerência esse serviço deve ser pago condignamente.

5) Apóia o projeto que visa estabelecer como horário inicial do médico, para 4 horas diárias, quantia igual a 3 vezes o salário-mínimo local". Outros mesas redondas programadas foram: Certificados, Fibrinólise, Curanderismo Rádio-isótopos em Medicina, Cirurgia cardiovascular, Medicina do Espaço, Administração Hospitalar, Hipertensão arterial.

HOSPITAL DOS RADIALISTAS

O ministro Mário Pinotti visitou recentemente o Hospital dos Radialistas, no Distrito Federal, que terá 100 leitos e está muito bem instalado. A Legião Brasileira de Assistência ajudará este Hospital com a importância de 9 milhões, instalando-se um Pronto Socorro Infantil.

NOMEADA COMISSÃO PARA ESTUDAR A NECESSIDADE DE PESSOAL HOSPITALAR

Tendo em vista as conclusões do II Congresso Nacional de Hospitais que se reuniu recentemente em Belo Horizonte no que se refere à necessidade de serem estudados os problemas alusivos ao pessoal especializado nos hospitais o ministro da Saúde, dr. Mário Pinotti, em portaria n.º 424 de 16 de dezembro de 1958, resolveu constituir uma Comissão especial no Ministério da Saúde. Assim caberá ao dr. Eugênio Gomes de Carvalho, diretor da Divisão de Organização Hospitalar, a função de presidente da mesma Comissão e de membros os Drs. Heitor Péres, do SNDM; Mário Olinto do DNCR., Jorge Marsillac, da S. N. Câncer; Woodrow Pimentel Pantoja, do SESP; e Dirceu Eulálio, da Divisão de Organização Hospitalar. A Comissão Especial entrará imediatamente em atividade, devendo apresentar seu relatório dentro de prazo curto ao ministro da Saúde.

Foi recentemente reeleita e empossada a Diretoria do **Centro de Estudos Prof. Pereira Filho**, do Conjunto Sanatorial de Curicica Hospital Escola, para a gestão de 1959-1960, que ficou assim constituída:

Presidente, aius Vinicius Raposo da Câmara; Vice-Presidente, Aldo Jannuzzi; 1.º Secretário,

Armando Nunes da Rocha; 2.º Secretária, Luiz Carlos Vieira Teixeira; Tesoureiro, Leo da Cunha Leal; e Bibliotecário, Valdemar Wanderley da Cunha.

● A nova Diretoria da **Sociedade Brasileira de Oftalmologia**, recentemente eleita para o biênio 1959-60 e que tomou posse no dia 3 de abril, é composta da seguinte forma:

Presidente, Carlos Henrique Bessa; Vice-Presidente, Joviano de Rezende Filho; Secretário Geral, Evaldo Machado dos Santos; 1.º Secretário, Antonio Giardulli; 2.º Secretário, Luiz Boteiro Ferreira; Tesoureiro, Carlos Américo Paiva Gonçalves; Diretor de Cursos, Luiz Eurico Ferreira; Diretor de Publicações, Evaldo de Medonça Campos.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

Realizou-se, no anfiteatro do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, a sessão solene de inauguração da Sociedade Brasileira de Psicoterapia do Grupo, recentemente fundada nesta capital. O prof. José Leme Lopes catedrático de Clínica Psiquiátrica e Diretor do Instituto deu as boas vindas à nova Sociedade e disse da satisfação de ter sido escolhido aquele anfiteatro para sua sessão inaugural. Em seguida o Presidente da SBPG, dr. Walderedo Ismael de Oliveira, disse as palavras de abertura do ato de inauguração, referindo-se brevemente à história da jovem sociedade, o programa científico que pretende levar a cabo, tanto no que se refere à terapêutica psicológica de grupos, como na investigação de problemas de psicologia social brasileira.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Foi recentemente eleita a nova Diretoria, para o biênio 1959-60 da Sociedade Brasileira de Ginecologia, que ficou formada da seguinte forma:

Presidente, O. Rodrigues Lima; 1.º Vice-Presidente, F. Vitor Rodrigues; 2.º Vice-Presidente Cláudio Goulart Andrade; Orador, Mário Parda; Secretário Geral, Alvaro de Aquino Salles; 1.º Secretário, João Mário; 2.º Secretário, Mário Kamnitzer; 3.º Secretário, Alderico Felícia Santos; Tesoureiro, J. de Castro Stiel Filho; Redação e Publicidade, Walter Rodrigues Comissão de Obstetrícia: A. Vespasiano Ramos, C. do Amáral, Antonio Quinet. Comissão de Admissão: Alcides Senra, Ismar Pinto Nogueira, Orlando Baiocchi.

CONVENIOS DO M. S. COM HOSPITAIS

O Ministério da Saúde fez recentemente convênios com os seguintes hospitais: Hospital São Vicente de Paulo, de Princesa Isabel, Estado da Paraíba, que receberá a importância de 500 mil cruzeiros, com auxílio; Hospital Regional de Cajazeiras, Estado de Paraíba, ao qual entregará também 500 mil cruzeiros, para auxílio; e Hospital de Caratinga, Estado de Minas Gerais, que receberá 2.500.000 cruzeiros como auxílio e para ajudar às obras de construção do seu novo edifício.

● A nova Diretoria da **Sociedade Brasileira de Patologia Clínica**, do Rio de Janeiro, para o ano de 1959 é assim constituída: Presidente, Alberto Barbosa Hargreaves; Vice-Presidente, Murilo Villela Bastos; Secretário-Geral, Hélio Lopes da Costa; 1.º Secretário, Nelson Félix de Oliveira; 2.º Secretário, Charles Brocking; Tesoureiro, Carlos Veríssimo Borges; Orador, Prof. Aleixo de Vasconcelos; Bibliotecário, Germana Brasiliense Bretz;

Comissão de Sindicância: Prof. Francisco Fialho, J. J. Magalhães Pácego, José Pinheiro de Andrade Neto.

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE CAMPINAS

Tomou recentemente posse a nova Diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas eleita para o biênio 1959-60, e que é constituída da seguinte forma:

Presidente, Dr. Luiz Gastão Mangabeira Albernaz, Vice-Presidente, Dr. Décio Bierrenbach de Castro; 1.º Secretário, Dr. Altino Gouveia; 2.º Secretário, Dr. Alberto Lucena; Tesoureiro, Dr. Oswaldo Mendes Leite; Bibliotecário, Dr. Paula Orestes Braga; Representante na Revista da APM, Dr. Lycurgo de Castro Santos Filho; Comissão de Medicina, Drs. Rogério Drummond Burnier.

● Tomou posse no dia 24 de janeiro de 1959, a nova Diretoria da **Associação Paulista de Medicina**, a que preside o Prof. Mário Degni, e que foi recentemente eleita.

A nova Diretoria da A.P.M. é composta, além do Prof. Mário Degni, pelos seguintes colegas: Edgard Ferraz Navarro; Scharif Kurban; José Fernandes Pontes; Antônio Carlos de Moraes Passos; Américo Nasser e Adama V. Nuvolari.

INAUGURADO EM SÃO PAULO O CENTRO DE MEDICINA NUCLEAR

Conforme estava anunciado, inaugurou-se em São Paulo, em 25 de janeiro o novo edifício do Centro de Medicina Nuclear, o mais importante da América Latina e um dos primeiros do mundo nesse importante setor da investigação médica. Realização de grande valor da Universidade paulista, dotará o progressivo Estado com um dos mais valiosos serviços do gênero, abrindo enormes perspectivas para as pesquisas médicas, além de ampliar os serviços de assistência às classes menos favorecidas. Segundo declarações de seu Diretor, Dr. Tede Eston de Eston, o novo Centro poderá vir a atender até 10.000 doentes anualmente, o que representa um campo de trabalho de muito interesse.

Durante a cerimônia inaugural falou em primeiro lugar o Prof. Ugo Pinheiro Guimarães, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, que se congratulou com as autoridades paulistas pela inauguração do grande empreendimento, salientando a importância dos novos recursos com que foi dotada a Universidade de São Paulo.

Usou depois da palavra o Prof. Aguiar Pupo, Diretor da Faculdade de Medicina, que entre outros conceitos, disse:

"Os pesquisadores, ao deslindarem a constituição do átomo, nos dão a visão grandiosa de um novo mundo, que a física experimental, sob a concepção dos sábios, evidencia em cores vivas e suaves matizes: é a réplica da ciência contemporânea, legando-nos em pouco mais de meio século um panorama tão grandioso como os revelados pela cosmografia na multissecular porfia dos astrônomos".

Falou, a seguir, o almirante Otacílio Cruz, que se estendeu longamente sobre a utilidade dos radioisótopos dizendo a certa altura:

"O uso dos radioisótopos está se tornando cada vez mais freqüente nas três atividades fundamentais de diagnóstico, terapia e pesquisa.

O emprego de pequenínimas doses de radioisótopos de meia vida breve, sem portanto, risco para o paciente pode conduzir à identificação de condições patológicas muito difíceis de evidenciar por outro processo".

Por fim, falou o diretor do estabelecimento inaugurado, Dr. Tede Eston de Eston, que fez um histórico do Centro, desde os seus primórdios, quando, nasceu como laboratório de isótopos da Faculdade de Medicina de São Paulo. Encareceu a importância dos novos métodos de tratamento pelos isótopos, discorrendo também sobre as atividades do Centro, no que se refere aos seus Cursos e outras atividades.

Ocupando uma área construída de 3.500 metros quadrados, com possibilidade de expansão futura, o edifício do CMN oferece facilidade de trabalho a todas as cadeiras básicas da Faculdade de Medicina, bem como ao conjunto hospitalar anexo.

No subsolo situa-se o departamento de manipulação de isótopos em bruto, através de mãos mecânicas. Tanques de declínio e incineradores para material radioativo, completam o aparelhamento. Já no andar térreo, instalam-se os laboratórios e salas para provas de funções de tireóide; localização de tumores cerebrais e de metástases de vários tipos de câncer; diagnóstico de alterações da função do coração, dos vasos, do fígado e do rim; estudos das condições sanguíneas e tratamento das moléstias do sangue e de câncer de vários órgãos.

Nos 1.º, 2.º e 3.º pavimentos localizam-se o anfiteatro e diversos laboratórios para ensino prático de metodologia de radioisótopos e suas aplicações em pesquisas biológicas e médicas; biblioteca; centro de orientação técnica e científica de todo o conjunto; laboratórios de pesquisas biológicas; oficinas de eletrônica para construção de aparelhagem nova e manutenção da existente; biotério para animais de experimentação e estufa para cultivo de plantas radioativas.



Seguiu-se à inauguração o I Curso de Medicina Nuclear, no qual estavam inscritos 28 médicos. A foto mostra o Dr. Tede Eston, ao proferir uma aula. O curso, que despertou grande interesse por sua ótima organização a cargo da Dr. Verônica Rapp de Eston, encerrou-se solenemente a 7 de março.

ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Realizou-se a 7 de maio de 1959, no capital paulista, a solenidade de posse da nova Diretoria da Academia de Medicina de São Paulo, procedendo-se na mesma ocasião à entrega dos Prêmios Oswaldo Cruz e Ethocles Gomes, instituí-

dos pela Academia. Os novos Diretores da Academia de Medicina de São Paulo são os seguintes colegas:

Presidente, Prof. Eurico da Silva Bastos; Vice-Presidente, Prof. Adherbal Talosa; Secretário-Geral, Dr. Plínio Bove; Tesoureiro, Dr. Otávio Martins de Toledo; Secretários de Mesa, Drs. Ary Lex e Danilo Acquarone.

Presidente às Seções: Cirurgia Geral, Dr. Paulo Schmidt Goffi; Cirurgia Especializada, Dr. Orlando Graner; Medicina Geral, Dr. Luciano Décourt; Medicina Especializada, Dr. Fernando de Oliveira Bastos; Ciências Aplicadas à Medicina, Prof. Carlos da Silva Lacaz; Medicina Social, Prof. Arnaldo Amado Ferreira.

Da Comissão de Patrimônio fazem parte o Prof. Oscar Monteiro de Barros e os Drs. Paulo de Almeida Toledo, Mário Ramos de Oliveira e João Mendes Cartez.

Os Prêmios Oswaldo Cruz e Etheacles Gomes foram concedidos aos colegas adiante mencionados, autores dos trabalhos que citamos:

"Prêmio Oswaldo Cruz": Israel Nussenzeig, Emil Sabbaga, Carlos Vilela de Faria, Homero Pastoras, José Lopes de Faria e José Barros Magaldi, pelo trabalho "Biópsia renal — Estudo crítico dos métodos e correlação anátomo-clínica dos resultados".

"Prêmio Etheacles Gomes": Guilherme Matar, Fauze Calil Adde, Oswaldo Cruz, Primo Curti e Mário Elias Arra, pelo trabalho "Alterações funcionais dos rins relacionadas à intensidade do trauma cirúrgico".

Os premiados foram saudados pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo, tendo falado em nome dos agraciados o Dr. Israel Nussenzeig.

Depois da sessão solene os assistentes foram obsequiados com um coquetel oferecido pela Casa Ciba.

PRÊMIO MATERNIDADE SÃO PAULO

Os concorrentes ao Prêmio Maternidade São Paulo deverão entregar seus trabalhos sobre assunto obstétrico, inéditos, dactilografados em espaço duplo, assinados sob pseudônimo, individuais ou em colaboração, até o dia 19 de junho do corrente ano, na Biblioteca do Centro de Estudos da Maternidade São Paulo, à rua Frei Caneca, 1245. Segundo o regulamento do prêmio, o seu julgamento será feito por uma comissão composta por 3 membros, sendo um deles pertencente ao Corpo Clínico da Maternidade São Paulo, um segundo indicado pela Associação Paulista de Medicina e um terceiro indicado pela Academia de Medicina de São Paulo. Para maiores esclarecimentos, dirigir-se à bibliotecária, das 9 às 12,30 horas, exceto aos sábados. Telefone 37-7101 — São Paulo.

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO MARANHÃO

Foi eleita e empossada a nova Diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Maranhão, de São Luís, que regerá os destinos da instituição durante o biênio 1959-60 e que ficou assim constituída:

Presidente, Dr. José Benedito Penha; Vice-Presidente, Dr. Joaquim Menezes; Secretário geral, Dr. José Ribeiro Quadros; Subsecretário, Dr. Antonio Pires Ferreira; 1.º Tesoureiro, Dr. Domingos Mattos Pereira; 2.º Tesoureiro, Dr. José Costa; Bibliotecário, Dr. Egidio Viana de Carvalho; Delegados: Dr. Sebastião Ferreira e Dr. Expedito Bacelar; Suplentes: Dr. Moacyr Penha e Dr. William Moreira Lima; Comissão de Defesa Profissional: Dr. Pedro Neiva de Santana, Dr. Hamilton Raposo de Miranda, Dr. Antonio Haddad, Dr. Antonio Ferreira Sabrinho, Dr. Laurival

Gomes Bogêa e Dr. Flávio Pires; Comissão Científica: Dr. Salomão Figueira, Dr. Bacelar Partela, Dr. Teixeira Leite, Dr. Benedito Murad, Dr. João Damasceno Figueira e Dr. Raimundo Matos Serrão; Comissão Social: Dr. Santos Neto, Dra. Laura Vasconcelos, Dr. João Abreu Reis, Dra. Margarida Martins, Dr. Joel Lurine G. Júnior e Dr. José Carlos Macieira; Comissão de Redação: Dr. Odonor Amaral de Matos - orientador, Dr. José Epaminondas de Oliveira, Dr. Rossini Mouzinhos e Dra. Mirtes Rodrigues.

● Em Brasília se realizou a III Conferência Nacional de Saúde, de 16 a 21 de abril de 1959, com a participação de todos os Secretários ou Diretores de Departamentos de Saúde e da Criança das diferentes unidades da Federação.

● O Governo Americano, através do antigo Ponto IV (International Cooperation Administration), concedeu ao Brasil um auxílio de 2 milhões e meio de dólares para erradicação da malária. O acordo respectivo realizou-se no gabinete do Ministro Pinotti, no dia 27 de fevereiro, tendo comparecido altas individualidades e funcionários do Ministério.

JORNAL DA HISTÓRIA DA MEDICINA, DE RECIFE

Enviado pelo seu Diretor, Dr. Leduar de Assis Rocha, recebemos, recentemente alguns números do Jornal da História da Medicina, de Recife, Pernambuco, que muito apreciamos.

LABORATÓRIO DE RADIOISÓTOPOS

Foi inaugurado em 3 de abril de 1959, com a presença do presidente da República, do ministro da Saúde e de várias outras autoridades, o laboratório de radioisótopos do Instituto Nacional do Câncer, dirigido pelo dr. Osolando Machado.

Entre os presentes estavam também os presidentes do Instituto Nacional de Pesquisas, da Comissão Nacional de Energia Nuclear, o diretor do Departamento Nacional de Saúde e o professor Hugo Pinheiro, diretor do Serviço Nacional do Câncer.

HOSPITAL DO IAPETC EM S. PAULO

Informam que o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas iniciou as atividades do seu hospital, na avenida Nazaré, em 28 de julho de 1959.

NOVO ANO LETIVO NA ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

Na Escola de Saúde do Exército (DF), realizou-se, nos primeiros dias de março, a abertura solene do novo ano letivo. Dirige esta Escola o Coronel-Médico Dr. Ernestino Gomes de Oliveira, que contou com a presença das altas autoridades civis e militares, representações do Corpo de Saúde do Exército, do Ministro da Guerra e de comandantes de unidades, diretores e chefes de repartições e estabelecimentos militares. Presidiu a cerimônia o general médico Dr. Achilles Paulo Galotti, diretor geral de Saúde do Exército, que após ouvir a palavra do diretor, também proferiu magnífica oração, que despertou grande interesse aos novos alunos da Escola.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ABREUGRAFIA

A Sociedade Brasileira de Abreugrafia, fundada em São Paulo em 20 de dezembro de 1957,

comunicou-nos, pelo seu Secretário-Geral, Dr. Gerardo Nogueira de Castro, a realização em São Paulo, nos dias 2 e 3 de fevereiro de 1959, do 1.º Seminário de Abreugrafia.

A primeira reunião realizada no Auditório da Associação Paulista de Medicina, obedeceu ao seguinte programa: — O futuro da Abreugrafia — Prof. Manoel de Abreu; 2 — Abreugrafia em nosso meio — Dr. Mario de Mello Faro; 3 — Considerações sobre a difusão da Abreugrafia — Prof. João Ernani Bettega. No dia 3 em reunião realizada no Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose (Dispensário Clemente Ferreira), houve as seguintes comunicações: 1 — Conduta prática para a proteção na Abreugrafia — Dr. Miguel Mário Centola; 2 — Comparação entre Abreugrafia e Teleradiografia — Dr. Alceu Santos de Almeida; 3 — Sombras apicais na Abreugrafia — Dr. Francisco Boscardin Netto; 4 — A utilidade prática das posições P. A. e A. P. nos exames abreugráficos — Dr. Dirceu Rodrigues Daldegone; 5 — Abreugrafia, arma fundamental na luta moderna contra a tuberculose — Dr. Oswaldo Dias.

Estes trabalhos serão publicados, na íntegra no 1.º número do boletim da Sociedade Brasileira de Abreugrafia.

NOVA DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE GOIÁS

Foi empossada no dia 22 de janeiro a nova diretoria da Associação Médica de Goiás para o biênio 1959-60.

A nova diretoria, que tem como ponto básico do seu programa a construção da "sede própria", está assim constituída:

Presidente, Eduardo Jacobson; Vice-Presidente, Edilberto da Veiga Jardim; Secretário Geral, Geralda Pedra; 1.º Secretário, Juracy Gripp Cota; 2.º Secretário, Oswaldo Vilela Garcia; 1.º Tesoureiro, Rodovalho Mendes Domenici; 2.º Tesoureiro, Manoel Reis e Silva; Bibliotecário, José César C. Barreto.

Delegados: 1.º Luiz Rassi; 2.º Jofre Marcondes de Rezende.

Suplentes: 1.º Anis Rassi; 2.º Rodovalho Mendes Domenici.

EMPOSSADA A COMISSÃO QUE REGULAMENTARÁ A CRIAÇÃO DA FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA

"A Fundação de Amparo à Pesquisa Científica deverá subvencionar pesquisas propriamente ditas e não instituições de ciência" — declarou à reportagem das FOLHAS o sr. Francisco de Paula Vicente de Azevedo, secretário da Fazenda, logo após ter declarado empossada a comissão, de que é presidente, instituída dia 19 último, pelo governador do Estado, para estudar a regulamentação do art. 123 da Constituição Estadual, que manda aplicar 0,5 por cento da receita no desenvolvimento das pesquisas científicas no Estado.

A cerimônia de posse realizou-se pouco antes das 12 horas no gabinete do secretário da Fazenda, tendo comparecido os membros da comissão, srs. Antonio Queirós Filho, secretário da Educação; Fauze Carlos, secretário da Saúde; José Bonifácio Coutinho Nogueira, secretário da Agricultura; Prof. Gabriel Silvestre Teixeira de Carvalho, reitor da Universidade; e Helio Bicudo, este último secretário do referido órgão.

"NÃO PODE O ESTADO FAZER MENOS DO QUE FAZ"

A declaração do secretário da Fazenda foi feita em resposta a pergunta do reporter, sobre a

preocupação que existe, nos meios universitários, quanto à orientação que se pretende imprimir aos trabalhos da futura Fundação de Amparo à Pesquisa Científica, no que diz respeito à aplicação dos seus recursos, isto é, se ela iria subvencionar projetos de pesquisa (os pesquisadores) ou se cuidaria de aplicar dinheiro para manter instituições em funcionamento.

Depois de afirmar o que está registrado no início desta reportagem, o sr. Francisco de Paula Vicente de Azevedo informou que a subvenção de pesquisas (e não de instituições) é precisamente o que o futuro organismo deverá fazer. — "Atualmente — continuou o secretário da Fazenda — o Estado já despense cerca de 800 milhões de cruzeiros na manutenção da Universidade e dos institutos de pesquisa. Pretender que a Fundação de Amparo à Pesquisa venha a manter instituições, seria o Estado passar a fazer menos do que faz atualmente, pois os recursos do 0,5% representam pouco mais de um terço daquela importância. O que se procura é ampliar os recursos destinados às pesquisas".

ACOLHIMENTO DE SUGESTÕES

A uma outra pergunta do reporter, o titular da pasta da Fazenda indicou que a comissão, dentro de 30 dias, receberá com prazer sugestões não só de órgãos oficiais, mas também de pessoas interessadas em colaborar nos estudos sobre o assunto.

NOVO HOSPITAL

Estiveram em Botucatu os doutores Remerio Tragua, chefe do Departamento de Assistência aos Psicopatas, e Mario Nepomuceno de Freitas, administrador do Hospital de Franco da Rocha. Os dois facultativos aqui vieram examinar a área de terreno chamada "Capão Grande", doada pela Prefeitura ao Estado, para a construção de um hospital para psicopatas. A área em questão possui mais de 200 alqueires e terá energia elétrica própria.

Declararam aqueles médicos que o processo do hospital local encontra-se na comissão estadual de planejamento e que há urgente necessidade de construir o novo nosocomio, a fim de desafogar o de Franco da Rocha. O hospital de Botucatu deverá atender às zonas Média e Alta Sorocabana, Noroeste Paulista e terá perto de 1.100 leitos.

ESTATÍSTICA HOSPITALAR

A Seção de Estatística Militar, da Divisão de Estatística Administrativas e Políticas do Departamento de Estatística do Estado, procedeu a um levantamento dos hospitais, casas de saúde, maternidades, cheches, sanatórios e outros estabelecimentos hospitalares existentes no Estado de S. Paulo.

O trabalho contém uma série de informações valiosas no que diz respeito à distribuição dos estabelecimentos hospitalares nos municípios paulistas, indicando quantos unidades há em funcionamento em cada uma das comunas de São Paulo, denominação, enderço e número de leitos que, individualmente, mantém, figurando os municípios em ordem alfabética. Há menção expressa quando se trata de estabelecimento do Governo do Estado.

SANTA CASA EM 1.º LUGAR

Quanto ao número de leitos, o Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia figura em primeiro lugar, com 1.589; em segundo, o Hospital das Clínicas, com 1.526; em terceiro, aparece na estatística o Hospital Psiquiátrico Pinel,

com 698 leitos; em quarto, o Hospital Sanatório do Mandaqui, com 671; em quinto, o Hospital Nossa Senhora Aparecida, com 580; em sexto, a Casa Maternal e da Infância Leonor Mendes de Barros, com 495 leitos; em sétimo, a Associação Maternidade de São Paulo, com 425 leitos; em oitavo, o Hospital da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, com 400; em nono, o Hospital S. Paulo, com 339 leitos, e em décimo, o Hospital dos Comerciantes de São Paulo, com 321. A estatística não atinge os estabelecimentos hospitalares das Forças Armadas.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Seção de Estatística Militar, da Divisão de Estatísticas Administrativas e Políticas, do Departamento de Estatística do Estado, efetuou um levantamento dos hospitais, casas de saúde, maternidades, creches, sanatórios e outros estabelecimentos hospitalares existentes no Estado de São Paulo.

O levantamento permite saber quantos estabelecimentos hospitalares existem em funcionamento em cada município do Estado, sua denominação, enderço, número de leitos, e indicação se oficiais ou não.

O município de São Paulo, possui 106 hospitais. Destes, o Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia figura em primeiro lugar em número de leitos, com 1.589, seguida do Hospital das Clínicas, com 1.526, e do Hospital Psiquiátrico Pinel, com 698 leitos; em 4.º lugar está o Hospital-Sanatório do Mandaqui, com 671; em 5.º, o Hospital Nossa Senhora Aparecida com 580; em 6.º, a Casa Maternal e da Infância Leonor Mendes de Barros, com 495 leitos; em 7.º, a Associação Maternidade de São Paulo, com 425 leitos; em 8.º, o Hospital da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, com 400; em 9.º, o Hospital São Paulo, com 339 leitos e em 10.º, o Hospital dos Comerciantes de São Paulo, com 321. A estatística não abrange os estabelecimentos hospitalares das unidades militares.

INAUGURA-SE HOSPITAL EM LONDRINA

Em 5 de janeiro de 1959 foi inaugurado o novo hospital para doentes nervosos, no bairro de Shangri-Lá. O hospital, que recebeu o nome daquele bairro, tem capacidade de 120 leitos, sendo construído por um grupo de médicos.

ESTUDO DE PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

Para estudar as recomendações contidas no relatório final do Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil, que deverão ser submetidas à apreciação das autoridades governamentais, reuniram-se nesta Capital os membros do Centro de Levantamento de Enfermagem.

A avaliação dos recursos e necessidades da enfermagem brasileira foi iniciada em 1956, através de um trabalho realizado em conjunto pela Fundação Rockefeller, a Organização Mundial de Saúde e os ministérios nacionais interessadas na saúde pública.

Na reunião do CLE, que acaba de se realizar, estudaram-se relatórios e projetos de propostas a serem aprovados em setembro próximo, quando o Centro levará cabo uma segunda reunião. Destes trabalhos preparatórios agora concluídos, participaram o representante da Fundação Rockefeller, sr. Ernani Braga, o presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, sra. Maria Rosa

Pinheiro, as representantes do SESP, da Ministério da Saúde, da CAPES, sr. Anísio Teixeira, além de três membros do Centro de Levantamento de Enfermagem.

ENFERMAGEM

A Escola de Enfermagem São José, fundada e mantida pela Congregação das Irmãs de São José, mantém um curso de Auxiliares de Enfermagem com duração de 18 meses, desde 1945. Para 1959, instituiu um curso de Enfermagem, com duração de três anos. Aham-se abertas até o dia 16 de fevereiro as inscrições para o concurso de habilitação. Informações na Secretaria da Escola, à rua Martinica Prado, 71.

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE MEDICINA

A Diretoria da Associação Piauiense de Medicina para o ano de 1959 ficou constituída:

Presidente, Zenan Rocha; 1.º Secretário, Gerardo Vasconcelos; 2.º Secretário, Cronwell Carvalho; Tesoureiro, Lineu Araújo; Bibliotecário, Ulisses Marques.

Delegados da A. P. M. junto a A. M. B.: Adonias Carvalho e Alcenor Almeida.

Suplentes: Humberto Castro e Mariano Lucas de Souza.

Comissão de Redação: Dirceu Arcoverde e David Cortelazzi.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS

Em sessão solene de 15 de Janeiro do ano corrente, foram empossados os novos Diretores dessa Associação.

A novel Diretoria que conduzirá os destinos da entidade durante o biênio 1959 e 1960 ficou assim constituída:

Presidente, Prof. Arão Rumel; Vice-Presidente, Dr. Antonio Saraiva Filho; Secretário Geral, Dr. Gastão F. de Albuquerque Cavalcanti; 1.º Secretário, Dr. Hélio de Freitas e Silva; Tesoureiro Geral, Dr. Fortunato Lyra Junior; 1.º Tesoureiro, Dr. Francisco de Assis Faria Magalhães.

Comissão de Defesa de Classe: Dr. Antonio Carlos Prado Rudge Bastos, Dr. José Antonio Villas Bôas, Dr. Ruy de Almeida Cezar, Dr. Tadachi Tamaki.

Comissão Fiscal: Dr. Hory Botto Faria, Dr. Nobuo Murakami, Dr. Sergio Goulart Serra.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

A Sociedade Brasileira de Reumatologia, no intuito de informar aos seus associados e a classe médica brasileira, resolveu organizar uma Mesa Redonda sobre:

"DEXAMETASONA E ESTERÓIDES EM GERAL" em comemoração ao 10.º aniversário da descoberta da cortisona, a 28 de fevereiro de 1959, no Hotel Gloria, Rio de Janeiro.

Para que o referido conclave obtenha real interesse, a Sociedade Brasileira de Reumatologia convidou vários médicos americanos, além de setenta (70) médicos brasileiros, professores, clínicos, reumatologistas, pediatras, patologistas, alergistas, cardiologistas, cancerologistas, dermatologistas, endocrinologistas, ortopedistas, psiquiatras e fisiatras que habitualmente empregam esteróides nas suas clínicas.

A partir do dia 2 de março, foi realizado um CURSO DE REUMATOLOGIA em SIMPÓSIOS no serviço de Reumatologia do Dr. Pedro Nava, Av. Nilo Peçanha, 38 D - 3.º andar, que durou 2 semanas e contou com a cooperação de grande número de médicos.

CENTRO MÉDICO DE RIBEIRÃO PRETO

Em sessão solene realizada no dia 25 de Abril, foi empossada a nova Diretoria do Centro Médico de Ribeirão Preto, para o ano 1959/60, a qual ficou assim constituída:

Presidente, Dr. Paulo Hoelz; Vice-Presidente, Dr. Manoel Santos Gabarra; 1.º Secretário, Dr. José Penteado Mendonça; 2.º Secretário, Dr. L. H. Câmara Lopes; 1.º Tesoureiro, Dr. Fauzi Salim; 2.º Tesoureiro, Dr. Manoel Garcia.

NOVAS ENFERMEIRAS EM GOIANIA

As diplomandas de 1959, da Escola de Enfermeiras do Hospital São Vicente de Paulo de Goiânia (Rua 4 n.º 116), promoveram a solenidade de sua formatura no dia 2 de fevereiro. PATRONO ESPECIAL: Dr. José Ludovico de Almeida.

PARANINHO: Dr. Jerônimo G. de Queiroz.

HOMENAGEM PÓSTUMA: S. S. Papa Pio XII, "A paz é obra da justiça".

HOMENAGEM DE HONRA: Dom Fernando G. dos Santos, DD. Arcebispo Metropolitano de Goiás; Dr. José Feliciano Ferreira, DD. Governador do Estado.

HOMENAGEM DE GRATIDÃO: Venerável Mãe M. Antoniette Blanchot, DD. Visitadora das Filhas de Caridade de S. V. de Paulo; Ir. Lydia de Paiva Luna, DD. Superiora da Santa Casa; Ir. Maria Inez B. Brüzzi, DD. Diretora da Escola; Ir. Maria Luiza Breyer, DD. Vice-Diretora da Escola, DD. Presidente da Conf. de S. V. de Paulo; Sr. José Sêneca Lôbo, DD. Administrador da Santa Casa; Corpo Docente e Monitoras da Escola.

DIPLOMANDAS: Aurea Guimarães, Goiás; Dagmar L. Nogueira, Bahia; Erica Leeffler, Goiás; Florípes Canuto, M. Gerais; Francisca B. Aguiar, Maranhão; Jesulina Chaves, Goiás; Jovina Teodoro, Goiás; Juracy Almeida, M. Grosso; Ir. Cecília Martins, Pará; Ir. M. Célia Brito, M. Grosso; Lourdes de Lara, M. Grosso; Luzia Borges, Goiás;

As diplomandas na ocasião do juramento — São elas: Shirley Maria de Oliveira - M. Gerais, Maria Luiza de Carvalho - M. Gerais, Lilian Corrêa Maranhão - Pará, Lidoneta de Jesus - Goiás, Ilan Goianira Oliveira - Goiás (oradora da turma), Georgina Malaquias - Pará, Irmã Maria Isaura Antunes - Goiás, Aurora Luiza de Moura, Aureliana Wachsmuth, Alfa de Oliveira e Ila Pinto.

Ao centro o paraninfo da turma, Dr. Gelson Cruz Maldonado, D.D. Presidente do Banco Nacional Comércio da Produção, ladeado pelo Dr. Wenceslau Milton, Meretíssimo Juiz Municipal, Dr. Mozart Furtado, Diretor da Faculdade de Medicina de Uberaba, Sr. Feliciano Abreu Leite, representante do Banco Crédito e Comércio de Belo Horizonte, Sr. Cônego Juvenal Arduini, Capelão da Escola e Madre Maria Angelina Resende O.P., Diretora da Escola de Enfermagem "Frei Eugênio".

NOVAS ENFERMEIRAS EM UBERABA

A Diretoria da Escola de Enfermagem "Frei Eugênio" e as diplomandas de 1959, realizaram às solenidades de sua formatura, no dia 11 de abril de 1959, na sede da Escola, a Av. Frei Paulino 40.

PARANINHO: Dr. Gelson Cruz Maldonado, DD. Diretor Presidente do Banco Nacional Comércio da Produção S. A.

HOMENAGENS: S. Excia. Revm. D. Alexandre Gonçalves Amaral, DD. Bispo Diocesano; Revmo. Cônego Juvenal Arduini, DD. Capelão da Escola; Revma. Madre Maria do Divino Coração, DD. Superiora Regional; Revma. Madre Maria Angelina, DD. Diretora da Escola de Enfermagem "Frei Eugênio".

DIPLOMANDAS: Aurora Luiza de Moura, Goiás; Maria Luiza de Carvalho, M. Gerais; Lidoneta de Jesus, Goiás; Aureliana Wachsmuth, M. Gerais; Ila Pinto Aveiro, M. Gerais; Shirley Maria de Oliveira, M. Gerais; Georgina Malaquias, Pará; Ilan Goianira Oliveira, Goiás; Alfa de Oliveira, M. Gerais; Irmã Maria Isaura Antunes, Goiás; Lilian Corrêa Maranhão, Pará. Oradora: Ilan Goianira de Oliveira.

ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO

Nas eleições realizadas no dia 15 de maio de 1959, foi eleita a nova diretoria da Associação de Hospitais do Rio de Janeiro, para o biênio 1959/1960, que ficou assim constituída:

Presidente, Dr. G. J. da Rosa e Silva; 1.º Vice-Presidente, Dr. Humberto Ballarini; 2.º Vice-Presidente, Dr. Waldemar Lages; Secretário Geral, Dr. Elif Baía de Almeida; 1.º Secretário, Dr. Oberdan Perrone; 2.º Secretário, Dr. Nelson A. Rodrigues; Tesoureiro, Dr. Mário Franca; Conselho Fiscal, Dr. Dirceu Eulálio, Dr. Maurício Godinho e Dr. Aluísio Neiva Filho; Suplente: Dr. Nelson Mesquita.



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

No seu décimo segundo ano de existência, a ABH continua procurando vencer todos os obstáculos no sentido de satisfazer todas as suas finalidades estatutárias, particularmente visando congregar as pessoas e instituições interessadas, direta ou indiretamente, no desenvolvimento e melhoria da organização e administração hospitalares, em todo o País; colaborando com os governos e com as particulares a fim de promover um maior benefício público através do progresso técnico e condições melhores, tanto para os profissionais, e todos que exercem atividades no hospital, como para as instituições propriamente. Assim, começou a pôr em circulação um Boletim noticiário.

SUBVENÇÕES E AUXÍLIOS A HOSPITAIS NO ORÇAMENTO FEDERAL

No Orçamento da República para o corrente exercício, publicado no "Diário Oficial", estão discriminados todas as verbas do Ministério da Saúde, nos seguintes termos:

O HOSPITAL foi contemplado com as seguintes subvenções, especificadamente:

- Adendum A — Subvenção Ordinária, Cr\$
- Adendum B — Subvenção Extraordinária, Cr\$
- Adendum C — Assistência a Maternidade e a Infância, Cr\$
- Adendum D — Instituições Hospitalares e Para-Hospitalares, Cr\$
- Adendum E — Hospitais Regionais, Cr\$
- Adendum F — Combate ao Cancer, Cr\$
- Adendum G — Combate a Lepra, Cr\$
- Adendum H — Combate a Tuberculose, Cr\$

Além desses adendos, há ainda os auxílios por conta do Fundo de Assistência Hospitalar.

PAGAMENTO DAS SUBVENÇÕES

A **Subvenção Ordinária, Adendum A**, será paga pelas Delegacias Fiscais do Tesouro em cada Estado, e diretamente pelo Ministério da Fa-

zenda para o Distrito Federal. Dispensa requerimento. Exige-se entretanto, que a Instituição envie à Divisão de Orçamento do Ministério da Saúde o relatório do ano anterior com balancetes em 31 de dezembro, no mínimo. Dispensa estampilhas.

Quanto à Subvenção Extraordinária, Adendum B, para o seu pagamento, além desses documentos, deve o Hospital requerer ao Ministro da Saúde, Avenida Rio Branco 124 Rio, juntando o programa da aplicação dessa subvenção, prova do mandato da Diretoria em exercício, por ata publicada ou atestado idôneo. Não se requer seja selado.

As Subvenções do Adendum C são processadas com referência ao Departamento Nacional da Criança, dependendo de normas ainda não estabelecidas pelo Ministério. Consultem o DNC à rua Senador Dantas 14.

Sobre os auxílios do **Adendum D**, referência a Divisão de Organização Hospitalar — Av. Rio Branco 124, 18.º andar, dependem, cada ano, de normas a serem aprovadas pelo Governo. A DOH informará.

O **Adendum E**, Hospitais Regionais, também com a participação da DOH, aguarda a resolução superior.

O **Adendum F**, relativo ao Serviço Nacional do Cancer, av. Rio Branco 124, também requerem ao Ministro.

O **Adendum G**, Combate a Lepra, rua Washington Luiz, 13, Serviço Nacional de Lepra.

Finalmente o **Adendum H**, referente ao Serviço Nacional de Tuberculose, Divisão de Orçamento do Ministério da Saúde, antes de chegar ao Ministério da Fazenda.

Embora o pagamento de algumas subvenções dependa de aprovação de normas, que em tempo serão publicadas, aconselha-se aos beneficiados de tais consignação que requeiram desde já, citando a quantia, e juntando documentos, pois assim garantem preferência para o processamento, oportunamente.

FUNDO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Para habilitar-se a receber o auxílio desse Fundo, referente ao presente exercício o requerimento deverá ter data anterior a 31 de março, e deve ser dirigido ao Diretor da Divisão de Organização Hospitalar, com prova de regular funcionamento, mandato da Diretoria, atestado do número de leitos existentes para assistência gratuita, passado por Autoridade Federal.

Os hospitais que não receberam integralmente a sua quota do Fundo para o ano passado, devem requerer já o pagamento do restante, sendo que o quantum será informado no processo pela Divisão do Orçamento — Ministério da Saúde.

Em resumo, o pagamento de todas subvenções citadas deve ser requerido ao Ministro da Saúde, referindo o quantum e o Adendum e Serviço respectivo. Não se exige este requerimento para o Adendum A e o pagamento da quota do Fundo concedida para o ano corrente.

PEDIDOS PARA 1960

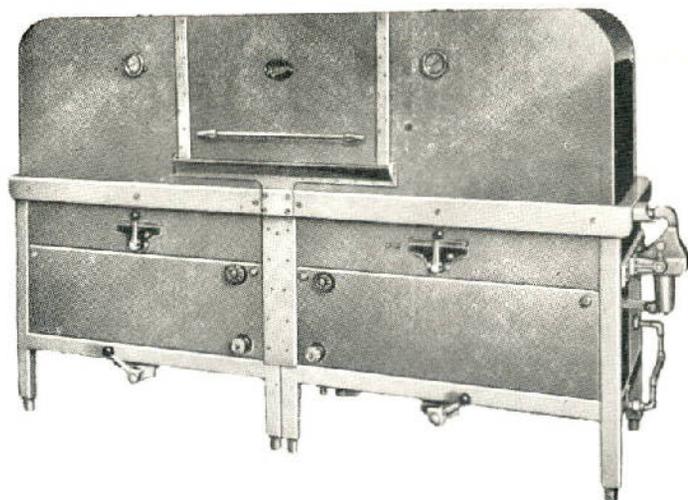
Para conseguirem subvenções no exercício do próximo ano, as instituições hospitalares e para-hospitalares podem recorrer aos Srs. Deputados Federais e Senadores da região, e aos Departamentos do Ministério da Saúde respectivos à espécie da contribuição. A ABH prestará toda colaboração neste particular, e dará as informações complementares que lhes forem solicitadas acerca de processos de pagamento e pedidos de subvenção.

III CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS

Sempre com maior brilho, realizar-se-á em julho do ano de 1960, o III Congresso, na Capital de S. Paulo, promovido pela ABH e organizado pela Associação Paulista de Hospitais, com a cooperação das sociedades médica-hospitalares, instituições oficiais e particulares de todo o Brasil: Preparem os interessados a seu trabalho, a ser apresentado, e façam sua inscrição.

N Ã O C O N S T R U A H O S P I T A I S C O M M E N Ó S D E
D U A S U N I D A D E S D E E N F E R M A G E M P O R A N D A R

E R I J A S E U H O S P I T A L E M T E R R E N O A M P L O - 7 0 A 1 2 0 M ² P O R L E I T O



EQUIPAMENTOS
PARA
COZINHAS



BALANÇAS — PICADORES
CORTADORES — BATEDEIRAS
DESCASCADORES — LAVADORES
A C E S S Ó R I O S

Hobart Dayton

MATRIZ: RUA 13 DE MAIO, 1098/1104 — TEL. 33-5169 — CAIXA POSTAL 2218 — SÃO PAULO

F I L I A I S

SÃO PAULO:
RUA CONSELHEIRO RAMALHO, 873 — TEL. 32-1922

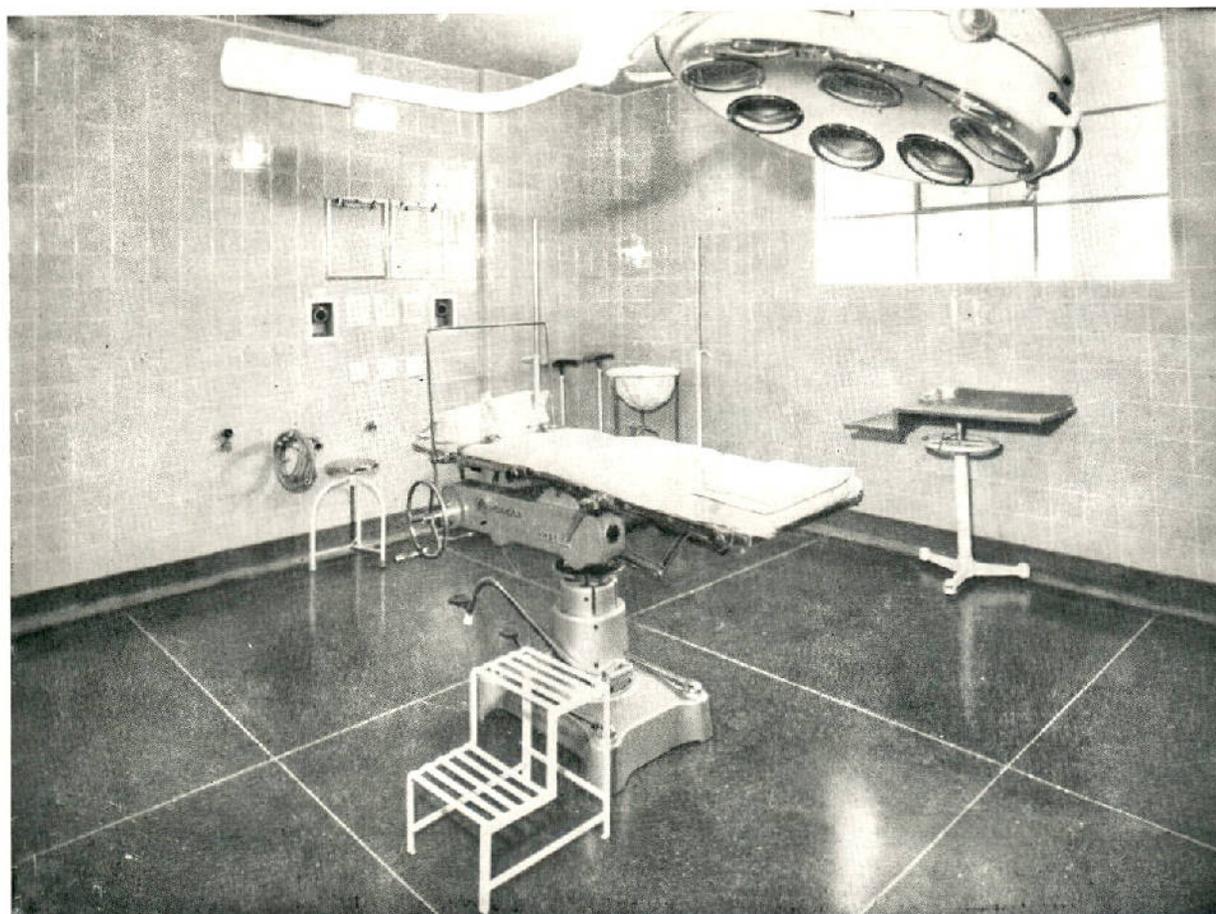
PORTO ALEGRE:
RUA MARECHAL FLORIANO, 738 — TEL. 9-1054

RIO DE JANEIRO:
RUA DA GLÓRIA, 190-A — TEL. 42-9136

RECIFE:
RUA DA UNIÃO, 273 — TEL.

AGÊNCIAS E ASSISTÊNCIA MECÂNICA EM TODO PAÍS

OS **PISOS CONDUTIVOS** DAS SALAS DE OPERAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO,
FORAM EXECUTADOS PELA



L
A
G
R
A
R
T
S
A

LAVAPÉS
426-444
S. PAULO
36-4528

Figura 1 —

O HOSPITAL BENRATH DE DÜSSELDORF compreende:

A — Prédio hospitalar de cerca de 67.000 m² com 400 leitos

B — 4 prédios residenciais para ao todo 112 irmãs

C — 1 prédio residencial para 36 serviços

D — 1 prédio residencial para 6 médicos

E — 1 residência para o administrador e 1 residência para o chefe de instalações

F — Garages e barraco para bicicletas

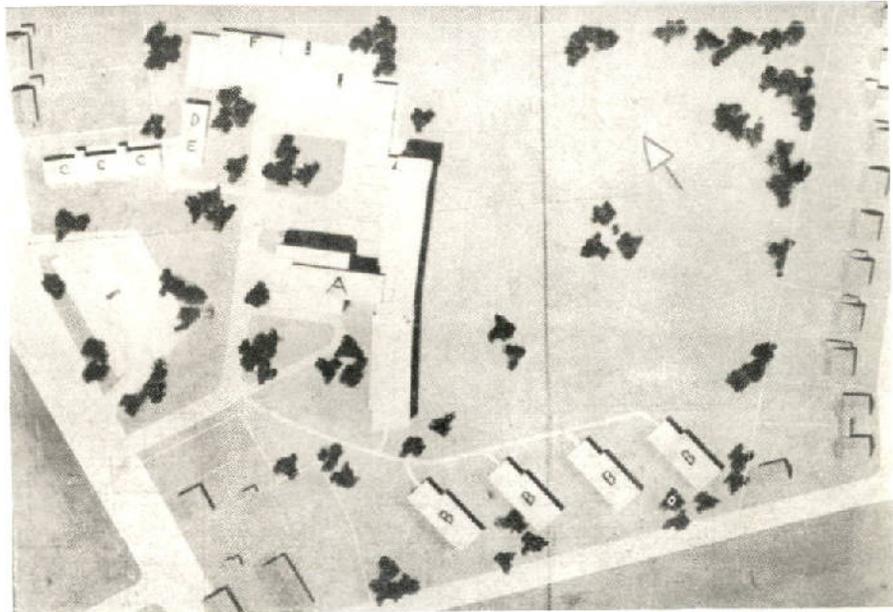
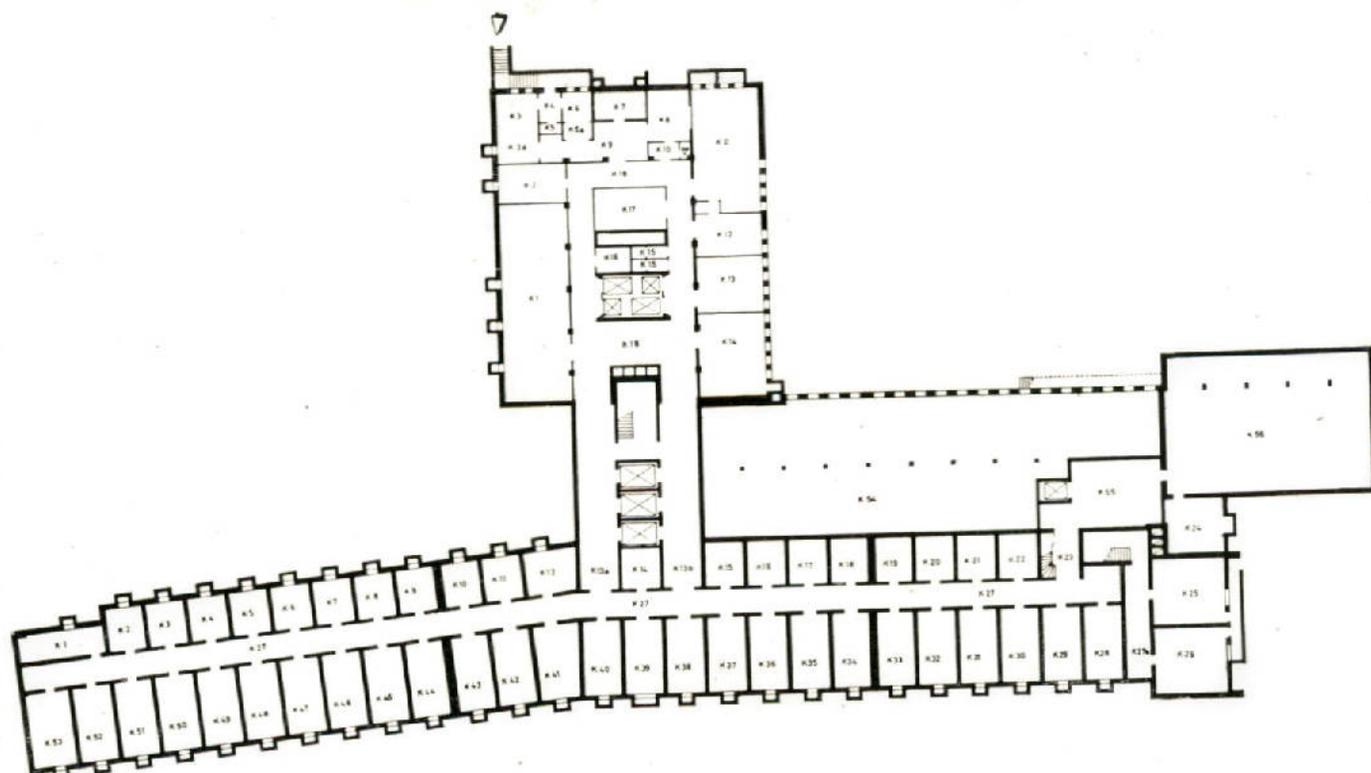


Figura 2 —

SUBTERRÂNEO — Na ala ambulatorial, ao norte: K 1 — Camas especiais e colchões, K 2 — Central telefônica, K 3+3a — Velório, K 4 — Entrada — K 5 — WC, K 6 — Reconhecimento, K 7 — Refrigeração, K 8 — Autopsias, K 9 — Trabalho, K 10 — Vestiário e chuveiro, K 11 — Roupa limpa, K 12 — Desinfecção, K 13 — Roupa suja, K 14 — Incinerador, K 15 — WC, K 16 — Baterias, K 17 — Depósito farmacêutico.

No bloco de internação: K 1 a 23 e K 28 a 53 — Depósito para prontuários, contabilidade, chapas de raios-X, mantimentos, K 24 e 54 a 55 — Instalações, K 25 e 26 — Disponível, K 56 Casa decaladeiras. Comprimento total do prédio 128 m.

HOSPITAL BENRATH DE DÜSSELDORF



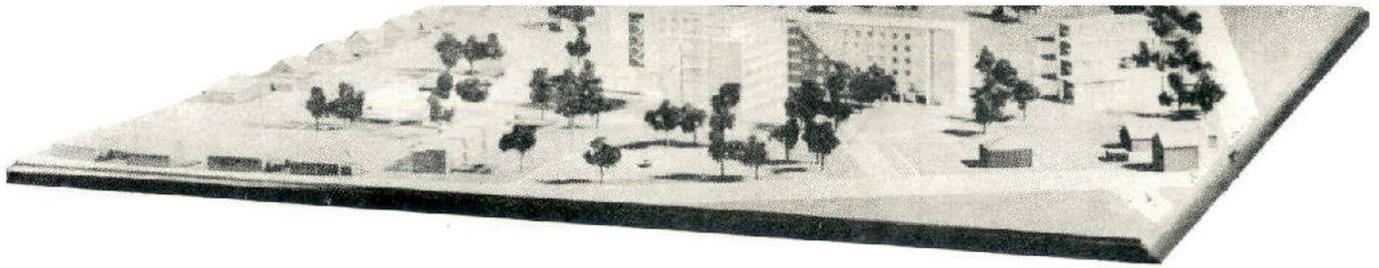


Figura 7 — Maquete do conjunto, vista do norte.

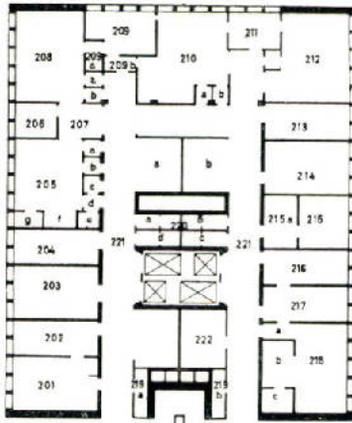


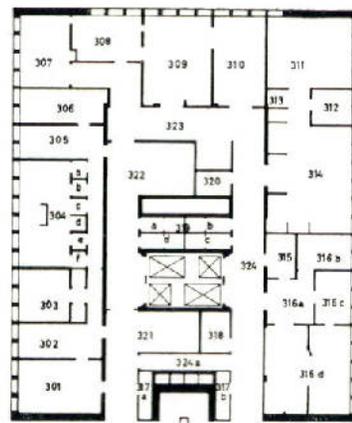
Figura 3 —

TERREO — Na ala ambulatorial: 1 e 2 — Hall de entrada, 3 — Telefone publico, 4 a 9 — Administração, 10 — Central de oxigênio, 11 — Admissão de doentes deitados, 12 — Enfermeiro, 13 — Passagem, 14 e 15 — Entrega de remédios, 16 — Limpeza, 17 — Lojeca, 18 — WC, 19 — Sala de espera em frente à Caixa, 20 — Entrada de macas.

No bloco de internação: 1 — Aparelhos, 2 — Banho de lama, 3 a 7 — Banhos de luz etc., 8 — Escritório, 9 a 10 — Salas de espera, 11 a 12 — WC, 13 — Roupa suja, 14 — Cabeleireiro, 15 e 16 — Banhos Kneipp, 17 — Sala de espera para acamados, 18 a 23 — Banhos medicinais e com massagem, 24 — Ginástica, 25 — Pessoal, 26 e 29 — WC, 30 — Refeitório, 28 e 31 — Passagens, 32 — WC, 33 — Refeitório para os serviços da cozinha, 34 e 35 — Vestiário pessoal de cozinha, 36 — Cozinha, 37 — Escritório, 38 — Recepção de encomendas, 39 — Limpeza de verduras, 40 — Espaço sobre a casa de caldeiras, 41 — Combustível, 42 — Passagem, 43 — Dispensa para o dia, 44 — Refrigeração, Câmara de, 45 — Distribuição de refeições, 46 — Câmara refrigerada, 47 e 48 — Preparo de carnes, 49 e 50 — Lavagem de panelas, 51 — Lavagem de carros, 52 — Carros térmicos A — Entrada para pacientes ambulantes e visitas, B — Entrada para doentes deitados, C — Entrada de mantimentos, D — Entrada para entrega de ermedios.

Figura 4 —

PRIMEIRO ANDAR — Ala ambulatorial: 101 — Médico chefe (clínico), 102 — Escritório, 103 a 107 — Consultórios de ambulantes e ECG, 108 — Escritório, 109 —



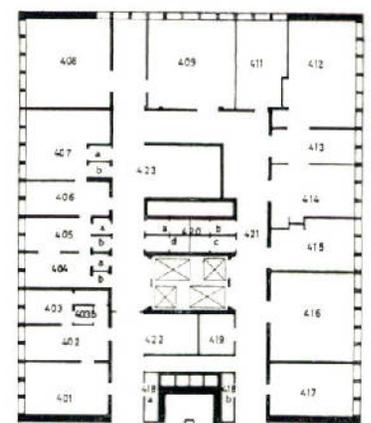
Médico subchefe, 110 — Sacerdote, 111 — Capela, 112 — Guarda de material para tratamento, 113 — Serviços externos, 114 — Laboratório central, 115 — Limpeza, 116 a-d - WC, 117 — Chuveiros, 118 e 119 — Passagem e salas de espera.

Bloco de internação: 101a — Depósito, 101b-c - WC, 102 Banheiro, 103 — Utilidades, 104 — Sala de estar, 105 — Médico, 106 — Posto de enfermeira, 107 — Copa, 108 — Banheiro, 109 — Utilidades, 110 — Sala de estar, 111 — WC e depósito, 112 — Terraço, 113 — Depósito, 114 — WC, 115 — Utilidades, 116 — Terraço, 117 — Banheiro, 118 — Sala de estar, 119 — Médico, 120 — Posto de enfermeira, 121 — Copa, 122 — Sala de estar, 123 — WC, 124 — Utilidades, 125 — Armário embutido, 126 a 153 — Quartos, 154 — Terraço.

Figura 5 —

SEGUNDO, TERCEIRO E QUARTO ANDAR DA ALA AMBULATORIAL:

Segundo andar: 201 — médico chefe raios X, 202 — Escritório, 203 — ECG, 204 — Metabolismo, 205 — Radioscopia com vestiários abc, sanitarios de, arquivo f, preparo de contrastes g, 206 — manobra, 207 — passagem, 208 — Radiografia com vestiários ab, 209 — Revelação, 209a — Passa-filmes e secagem, 209b — Passa-filmes e inspeção úmida, 210 — Radiografia com vestiários ab, 211 — manobra, 212 — Radioscopia e endoscopia, 213 — Sala de espera, 214 — Arquivo e escritório, 215 — Assistentes técnicas, 216 — Assistente social, 217 — Escritório, 218 — Enfermeira chefe, 219 — Limpeza, 220 — WC, 221 — Salas de espera,



das quais uma para acamados, e passagens, 222 — Biblioteca.

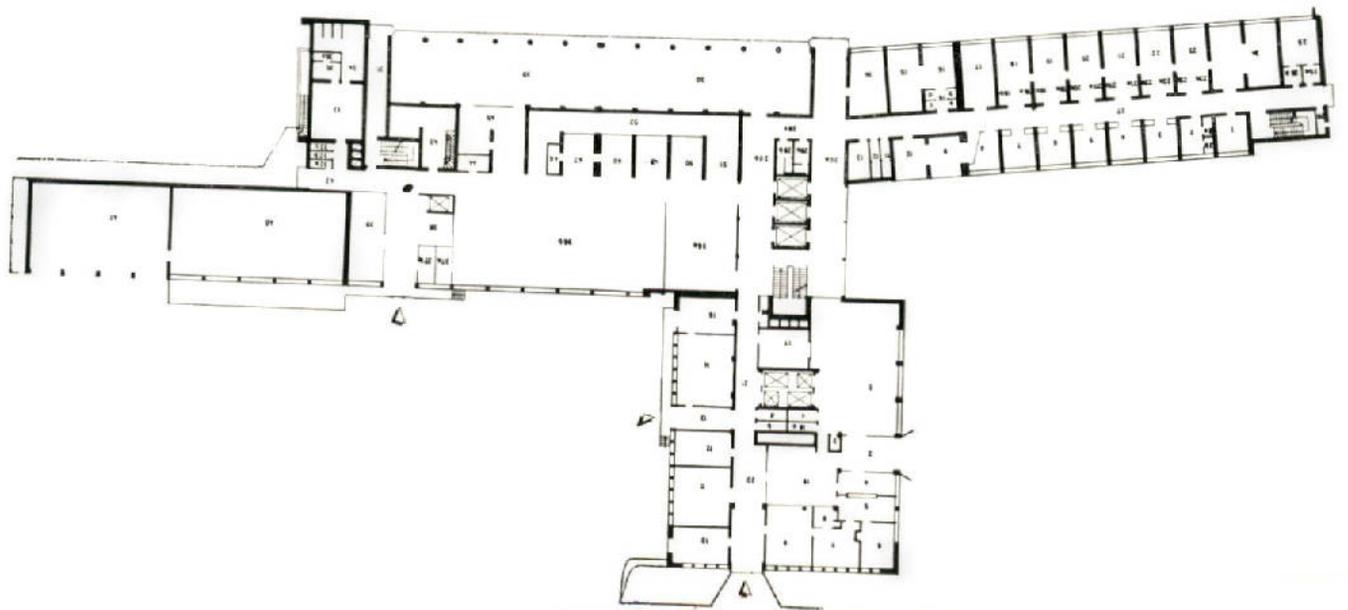
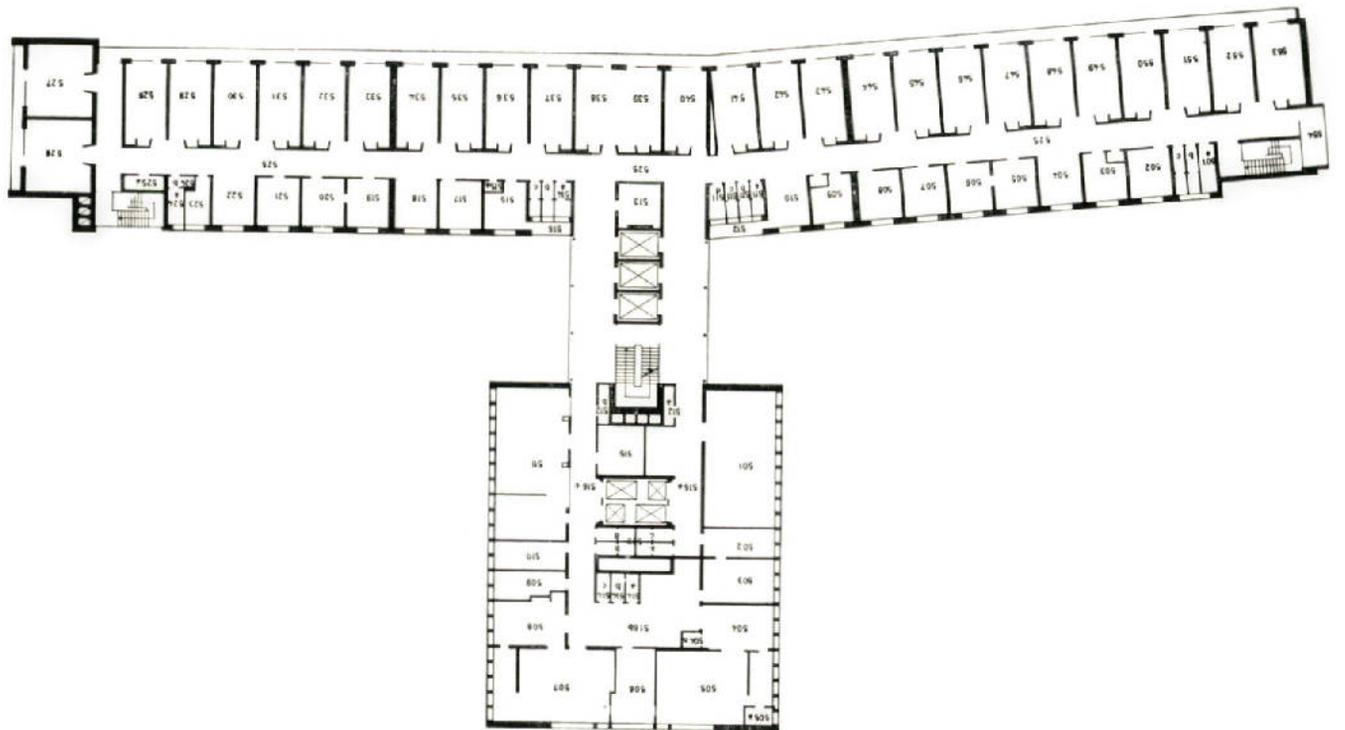
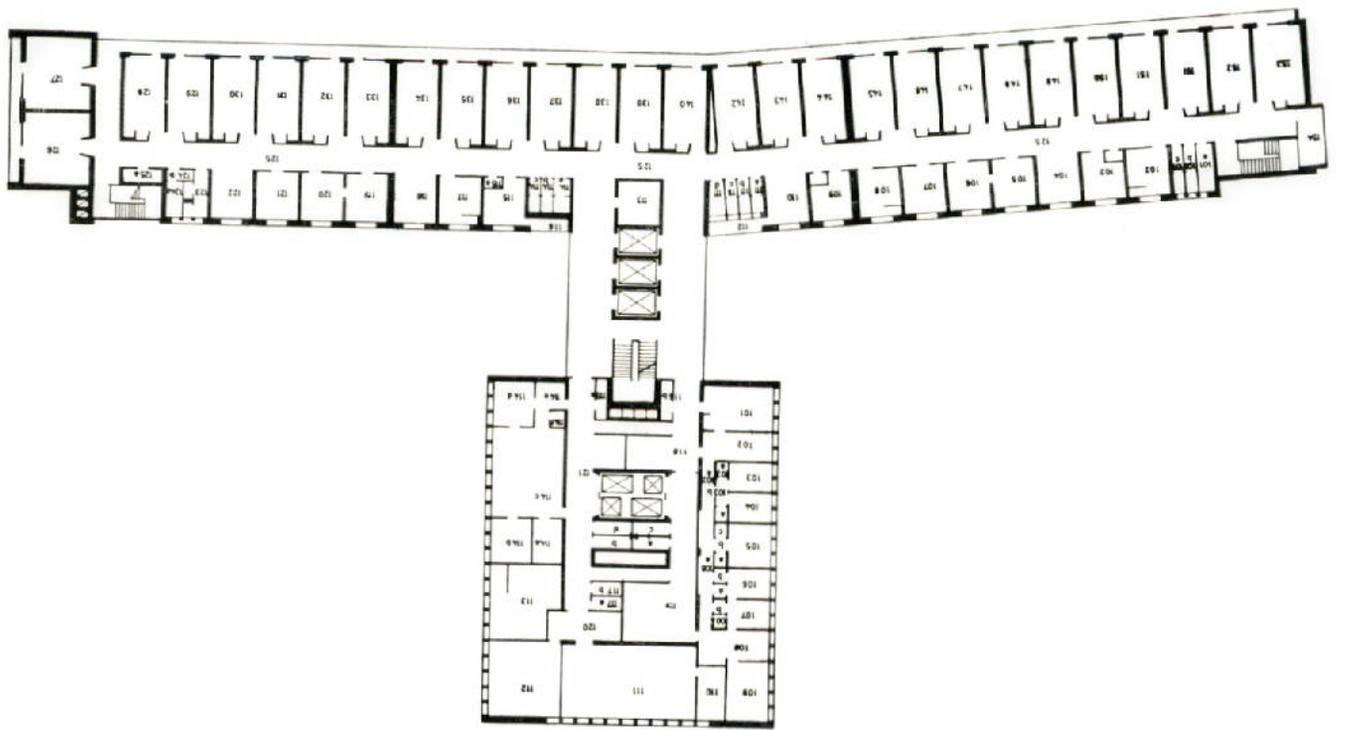
Terceiro andar: 301 — médico chefe ginecologia, 302 — Escritório, 303 e 304 — consultório ambulantes, 305 — Escritório, 306 — médico subchefe, 307 — Depilação, 308 — Esterilização, 309 — Operações ginecológicas, 310 — Preparação, 311 — Eclampsia, 312 — parteira, 313 — Aparelhagem ar condicionado para operações, 314 — Sala de parto, 315 — Lavagem de cueros, 316 — Berçário com a) antecâmara, b) isolamento, c) enfermeira pediátrica, d) recém-nascidos, 317 — Limpeza, 318 — Amamentação, 319 — WC, 320 — Chuveiro, 321 a 322 — Salas de espera, 323 — Passagem cirurgica e lavamãos.

Quarto andar: 401 — Médico chefe cirurgia, 402 e 406 — Escritórios, 403 a 405 — Consultórios, 407 — Curativos, 408 — Operações assepticas em ambulantes, 409 — Gesso, 411 — Esterilização, 412 — Operação, 413 — Lavagem, 414 — Preparação, 415 — Banheiro, 416 — Curativos, 417 — Pessoal cirúrgico, 418 — Limpeza, 419 — Instrumentos e aparelhos, 420 — WC, 422 e 423 — Salas de espera.

Figura 6 —

QUINTO ANDAR — Ala ambulatorial: 501 — Conferências, 502 — Escritório, 503 — Médico subchefe, 504 e 508 — Preparação, 505 e 507 — Operação, 505a — Câmara escura, 506 — Esterilização, 509 — Enfermeiros, 510 — Cirurgiões, 511 — Centro de esterilização e Enfermeiras, 512 — Limpeza, 513 — WC, 514 — Chuveiros, 515 — Depósito.

Bloco de internação: 501a — Depósito, 501bc — WC, etc. como no primeiro andar: 537 a 539 — quartos para recuperados.



A Diretoria da

EMPRESA JORNALÍSTICA "SÉTIMA ARTE" LTDA.

que doravante é a responsável pela edição de HOSPITAL DE HOJE, torna público o seu reconhecimento pelo apôio e incentivo que recebeu por parte de todos, especialmente das Agências de Publicidade e dos Anunciantes em geral, sem o que não nos seria possível editar esta revista de tão grande qualidade.

A todos êsses colaboradores, temos a dizer que tudo faremos para tornar a **nossa** HOSPITAL DE HOJE, a melhor revista técnica da América do Sul; Portanto ao IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, às Agências de Publicidade, aos nossos Anunciantes, à Clicheira, aos responsáveis pelas Escolas Profissionais Salesianas, que com grande dedicação, ajudaram a conseguir melhor aspecto gráfico, enfim a todos que com êsse espírito nobre nos estimularam e apoiaram o nosso

MUITO OBRIGADO

O SERVIÇO DE ADMISSÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PELOTAS "DR. FRANCISCO SIMÕES" — SISTEMA DE ADMISSÃO DE CONTROLE CENTRALIZADO

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

O serviço de admissão do Hospital de Clínicas de Pelotas apresenta a particularidade de ser centralizado.

Pelo seu **sistema de admissão de controle centralizado** todo e qualquer pronúrio se origina no Serviço de Admissão e toda e qualquer movimentação de pacientes se faz sob a sua supervisão.

I — Pacientes atendidos pelo Serviço de Admissão

Ao serviço de admissão centralizado convergem todos os tipos de pacientes:

- a) os clientes que procuram os consultórios particulares do hospital para consulta, exame e tratamento.
- b) os pagantes que são encaminhados às unidades de Enfermagem para internamento.
- c) os pacientes que recorrem ao Ambulatório para consulta, exame e tratamento.
- d) os não pagantes ou parcialmente pagantes que são internados através do Ambulatório.
- e) os casos de emergência que são internados pelo Pronto Socorro.
- f) os acidentados que são assistidos pelo Pronto Socorro.

II — Atribuições do Serviço de Admissão

A todos esses pacientes, que têm acesso ao hospital, por entradas diversas, o Serviço de Admissão Centralizado presta assistência dentro das suas seguintes principais atribuições:

1) Prêviamente à admissão:

- a) informações ao interessado, seu preposto ou médico.

- b) marcação de consultas.
- c) reserva antecipada de leito.
- d) provisão de ambulância.
- e) fornecimento de folheto com instruções, providências, regulamento do hospital, etc.

2) Durante a admissão:

- a) matrícula do paciente.
- b) número do paciente, fornecido pelo SAME.
- c) entrevista com o paciente e seu acompanhante.
- d) registro de dados referentes à identidade, condições sociais, renda, dependentes, seguro, contribuição a instituto de previdência, hospitalização anterior, etc.
- e) preenchimento simultâneo de um jôgo de fichas, poupando ao paciente repetidas reinquirições, coleta e escrituração de dados por outros departamentos.
- f) encaminhamento para consulta, diagnóstico e tratamento.
- g) destinação de acomodações
- h) controle de leitos.
- i) aviso prévio à Unidade de Enfermagem quando da recepção e internamento de nova paciente.
- j) ciência ao paciente do regulamento do hospital.
- k) encaminhamento ao Caixa para coleta de depósito.
- l) encaminhamento à Tesouraria para conferência e guarda de valores.
- m) obtenção de consentimento para intervenções etc.

3) Durante a permanência do paciente no hospital:

- a) informações sobre o paciente, por telefone ou pessoalmente, relativamente à acomodação, melhora verificada, permissão de receber de visitas, etc.
- b) mudanças de acomodações e transferência de clínica.
- c) verificação das admissões ocorridas à noite.
- d) autorização para operar, etc.
- e) registro de recém-nascidos.
- f) confecção de mapas de internamentos, alta, óbitos, nascimentos, e transferências.

4) Na alta:

- a) alta comunicada aos respectivos departamentos.
- b) fornecimento de formulário para atestado de óbito, etc.
- c) responsabilidade quanto ao corpo.
- d) obtenção de consentimento para autópsia.
- e) formalidades relativas ao morto.

III — Requisitos que um Serviço de Admissão deve preencher

Um serviço de admissão bem planejado, para poder desencumbir-se com racionalidade, das suas múltiplas e variadas funções, deve preencher os seguintes requisitos:

1) Quanto ao paciente:

- a) estar localizado junto aos vestibulos principal e do ambulatório.
- b) contar com salas de espera e sanitários.
- c) proximidade da entrada do Pronto Socorro.
- d) proximidade dos elevadores, para pronta acessibilidade e reduzidas caminhadas.

2) Quanto à eficiência:

- a) proximidade do balcão de informações.
- b) proximidade da telefonista.
- c) proximidade da Secção de Pagamento da Contabilidade.
- d) proximidade do Pronto Socorro.
- e) proximidade da Secção de Crédito.
- f) junto ao Serviço Social.
- g) junto à Sala de Arquivo Médico.
- h) acessibilidade à Direção de Enfermagem.
- i) acessibilidade à Direção do Hospital.

3) Quanto aos Médicos:

- a) acessibilidade em relação à entrada dos médicos e sala dos médicos, para maior comodidade quando da reserva de leitos, marcação de operações, etc.
- b) acessibilidade em relação ao quadro de presença dos médicos.

4) Em relação às Unidades de Enfermagem:

- a) acessibilidade para o pronto encaminhamento de fichas, como as de internamento, etc.
- b) acessibilidade para o pronto recebimento de fichas, como as de alta, estado do paciente, etc.

5) Quanto a parentes e amigos do paciente:

- a) ligação com o balcão de informações e telefonista, e
- b) com as Unidades de Enfermagem, para pronta informação sobre as condições do paciente.

6) Quanto às acomodações:

- a) ambiente acolhedor
- b) condições para entrevista sigilosa.
- c) vista externa confortante.
- d) tratamento acústico e tapetes.
- e) poltronas confortáveis.

7) Quanto ao pessoal:

- a) ser leigo e não enfermeira.
- b) habilitado e treinado em entrevistas e relações humanas.
- c) ter cabal conhecimento quanto à orientação e política do hospital.
- d) ter tato, diplomacia, ser amável cativante, etc.
- e) ser receptivo e cooperar nas relações com os membros do corpo clínico.
- f) habilitado no uso das máquinas necessárias ao preenchimento das fichas.

8) Quanto à Orientação seguida pela Administração do Hospital:

- a) tipos de doenças a serem admitidas e rejeitadas.
- b) diferentes privilégios concedidos aos médicos honorários, efetivos, consultantes, etc.
- c) intercâmbio com instituições assistenciais.
- d) critérios em relação a casos de emergência e de prioridade.
- e) concessões e formas de pagamentos.
- f) termos de responsabilidade, autorizações, ressalvas, etc.

IV — Agrupamentos apresentados pelo Hospital de Clínicas de Pelotas

Tôda a administração do Hospital apresenta-se reunida, formando uma unidade, tanto física como funcionalmente.

O serviço de admissão, como parte integrante da secção médico-administrativa, e do Registro Assistencial em particular, situa-se dentro da unidade, de modo a permitir interligações as mais racionais, curtas e diretas.

Estas interligações obrigam a observância de agrupamentos e sub-agrupamentos definidos, de sorte que cada componente ocupe o seu devido lugar dentro da Unidade:

1) Agrupamento em torno do Serviço de Informações Centralizado:

O primeiro agrupamento é formado pelo vestibulo principal, e o vestibulo do ambulatório, com suas respectivas áreas de espera, sanitários, e telefones públicos; pelo balcão de informações, a lojeta, o acesso ao guichê do Caixa e a sala de recolhimento e, finalmente, pelo vestibulo do Pronto Socorro, relativamente próximo. Os vestibulos, tanto o principal, como o do ambulatório, convergem para a mesma e única sala, destinada a informações, telefonista, chamada de médicos e lojeca.

Estes vestibulos se encontram separados entre si pelos balcões dessa sala de informações.

É o **Serviço de Informações Único e Centralizado**, intimamente ligado ao Serviço Social e de Admissão, com a atribuição, ainda, de supervisionar o vestibulo da caixa de escada, da rampa e dos elevadores, e mais o corredor que leva aos consultórios particulares, à Unidade de Diagnóstico e Tratamento, ao guichê do Caixa e corredor da Administração.

2) Agrupamento administrativo:

Conta com a Sala do Administrador, Sala da Secretária, Sala do Diretor de Enfermagem, Instalações Sanitárias e a Contabilidade. A sua disposição é tal que a seção de recebimento da Contabilidade se encontra em direta ligação com o Serviço de Admissão, visando facilitar a coleta dos depósitos e guarda dos valores dos pacientes.

3) Terceiro agrupamento:

É constituído pela Sala do Diretor Clínico, Biblioteca, Sala de Reuniões Médicas e Administrativas e Sala do Arquivo Médico e Estatística. Esta sala de Registro Assistencial e Estatística abre portas diretamente para a Sala de Admissão do Ambulatório e para a Sala de Admissão dos Pagantes.

4) **Finalmente, o Quarto agrupamento:** diz respeito ao Serviço de Admissão propriamente dito, ao Serviço Social e área de espera.

Conclusão:

O Serviço de Admissão de Controle Centralizado só apresenta vantagens, superando, sob todos os aspectos, os habituais sistemas de admissão. A planta anexa do Hospital de Pelotas evidencia ser a preconizada centralização viável, e a relação abaixo, que os benefícios resultantes são evidentes.

1) **Duplicações** — são eliminadas, dispensando um segundo serviço de Informações, uma segunda sala de Registro Assistencial e Estatística e um segundo Caixa no Ambulatório.

2) **Distância e uso de interfonos** — são reduzidos, em vista da centralização e interligação física de toda unidade de administração e localização, no mesmo piso, da admissão dos consultórios particulares, do acesso para o internamento, dos vestibulos do ambulatório e Pronto Socorro.

3) **Coleta de depósito** — liberta o serviço de admissão do encargo da coleta de depósitos e consequente manutenção de um Caixa, dada a contiguidade da sala de admissão com a contabilidade.

4) **Método unitário de numeração** — o seu deste método se impõe neste sistema já que todo e qualquer paciente (para consulta, tratamento ou internamento) passa obrigatoriamente pela admissão. A adjacência do Registro Assistencial e Estatístico (cujas portas abrem diretamente para as Salas de Admissão) enseja também o controle da numeração, de um modo direto sem repetições, saltos ou emissões.

5) **Sistema de arquivamento integrado** — a mesma contiguidade favorece o sistema de arquivamento integrado dos prontuários médicos, já que todas as admissões (Ambulatório, Pronto Socorro ou Hospitalização) e todas as altas partem e convergem para o mesmo Serviço de Admissão, física e funcionalmente interligado ao RAE.

6) **Chefia Única** — Sendo todo o serviço funcionalmente centralizado e fisicamente unificado, convida e enseja o estabelecimento de uma chefia única, cujas vantagens são evidentes.

7) **Pessoal** — uma vez que as duas salas de admissão e as duas salas de Serviço Social Médico formam um só bloco, interligado, o número de funcionários necessários resulta menor e maior a flexibilidade, as possibilidades de substituições, rodízios, etc. O mesmo ocorre com relação ao Serviço de Informações centralizado.

8) **Racionalização dos Serviços** — Dado o fato de o Serviço de Admissão se encontrar entrosado com os demais elementos inte-

grantes da administração, várias das tarefas que habitualmente sobrecarregam inutilmente o responsável pela admissão, ficam com os departamentos, naturalmente indicados e organizados para executá-los.

É o caso do depósito para a garantia da hospitalização, de uma semana, da emissão do recibo correspondente, da escrituração do canhoto ou de uma segunda via do recibo, da conferência das importâncias recebidas e da prestação de contas diárias; todas estas são obrigações normais da tesouraria e das quais o Serviço de Admissão do Hospital de Pelotas se encontra eximido.

Outro exemplo é o do RAE, cujo sistema unitário centralizado e contínuo requer do encarregado da admissão a verificação da possível existência de uma admissão anterior (a um qualquer dos departamentos do hospital) para que não seja dado um novo número ao paciente que haja sido matriculado anteriormente.

Esta verificação, habitualmente, exige um fichário geral na admissão, um encarregado no RAE para a distribuição dos números aos diversos departamentos do hospital (consultórios, ambulatórios, pronto socorro e internamento) e um livro de registro e controle desses números, das respectivas datas de entrega e departamentos a que foram destinados.

Pela admissão centralizada, a verificação é feita direta e exclusivamente através do fichário geral do RAE, localizado à porta da Sala de Admissão, contigua, de modo a ser facilmente manuseado tanto pelo RAE como pela Admissão, dispensando todos os demais meios de controle.

9) **Equipamento** — Também sofre simplificação, principalmente por dispensar duplicação de fichários (de ordem alfabética e numérica), bastando o do RAE (SAME), visto servir, também, à Sala de Admissão, adjacente.

10) **Planta Física** — A disposição física do Serviço de Admissão do Hospital de Pelotas, possibilita as seguintes ligações diretas, graças às quais o sistema de controle centralizado, pôde atingir a eficiência e racionalização preconizadas.

a) sala de admissão dos pagantes com a sala de admissão dos ambulantes.

b) sala de serviço social dos pagantes com a sala de serviço social dos ambulantes.

c) salas de admissão com as salas de serviço social.

d) salas de admissão com a sala do SAME (RAE).

e) salas de admissão com os guichês do Caixa.

f) balcão de informações com o serviço social.

g) salas de espera com o serviço social e a admissão.

h) vestibulo de pagantes e vestibulo de ambulantes com o serviço social e o serviço de admissão.

i) vestibulo de ambulantes com o SAME (RAE).

j) acesso ao pronto socorro

k) sala de admissão dos ambulantes com o vestibulo dos elevadores.

RESUMO: O serviço de admissão, como parte integrante da seção mé dico-administrativa, e do RAE (SAME) em particular, deve situar-se dentro da unidade de administração, de modo a permitir interligações as mais racionais, curtas e diretas.

Todos os pacientes (clientes de consultórios particulares do hospital, pagantes para internamento, ambulantes e pacientes de pronto socorro) devem ser matriculados e registrados num Serviço de Admissão Centralizado.

A eficiência de um Serviço de Admissão de Controle Centralizado está intimamente relacionado com a planta física do hospital. Diversas interligações e definidos agrupamentos e sub-agrupamentos terão que ser observados. A planta anexa do Hospital de Clínicas de Pelotas é um exemplo da viabilidade do sistema preconizado.

Diretoria de acôrdo com a eleição efetuada em 29 de janeiro de 1959:

PRESIDENTE:	Arq. Jarbas Karman	Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho (Pernambuco)
VICE-PRESIDENTE:	Dr. Paulo Cesar de Azevedo Antunes	Eng. Francisco I. Araujo Silva
SECRETÁRIO:	Dr. Martinus Pawel	Arq. Francisco Salvador Risoffi (Rio)
2.º SECRETÁRIO:	Eng. Arthur Witzig	Dr. Galileu Pasquinelli Filho (Paraná)
TESOUREIRO:	Arq. C. A. Gomes Cardim Filhç	Dr. Gennysen Amado (Rio)
2.º TESOUREIRO:	Dr. José Hortêncio de Medeiros	Sr. Geraldo Ferraz (Rio)
		Dr. Henrique Maia Penido (Rio)
		Dr. Hilton Rocha (Minas Gerais)
		Dr. Hugu J. Felipozzi
		Arq. Hoover América Sampaio
		Dr. Isaac Mielnik
		Dr. Jairo Ramos
		Dr. João Feliciano Xavier (Rio Grande do Sul)
		Dr. Jorge Americano
		Arq. Jorge Wilhelm
		Eng. José Annibal da Silva (Rio)
		Dr. José Fleury (Goiás)
		Dr. José Reis
		Dr. José Silveira (Pará)
		Dr. Lauro Monteiro da Cruz (Rio)
		Dr. Leonidio Ribeiro (Rio)
		Irmã Lydia de Paiva Luna (Goiás)
		Dr. Lourival Gomes Machado
		Dr. Lourival Ribeiro (Rio)
		Madre Maria Angelina Rezende (Minas Gerais)
		Madre Maria Domeneuc
		Dra. Maria José Imbassahy Santos (Rio)
		Dr. Mathias J. da Gama e Silva (Rio)
		Arq. Maria do Carmo de Novaes Schwab (Espírito Santo)
		Dr. Mario Pinotti (Rio)
		Dr. Mario Ramos de Oliveira
		Dr. Mauricio Karman
		Dr. Maury Pinto de Oliveira (Rio)
		Dr. Miguel Azevedo (Pará)
		Dr. Milton Machado Mourão (Minas Gerais)
		Dr. Manoel T. Hidal
		Arq. Ney Crisostomo da Costa (Rio Grande do Sul)
		Arq. Oscar Valdetaro (Rio)
		Dr. Otto Bier
		Arq. Paulo Antunes Ribeiro (Rio)
		Eng. Paulo Ricardo Lavacov (Rio Grande do Sul)
		Eng. Paulo Sá (Rio)
		Dr. Quintino Mingojo
		Dr. Ricardo Dias Gonçalves (Rio)
		Eng. Roberto Paulo Richter
		Dr. Rodolfo dos Santos Mascaranhas
		Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio
		Eng. Thomas Thompson (Rio)
		Eng. Ulisses Pais de Barros
		Enfa. Ursula Heinrich
		D. Vicente Zioni
		Dr. Zeferino Vaz (Ribeirão Preto)

MEMBROS DA DIRETORIA:

Dr. Álvaro Guimarães Filho
Dr. Arnaldo de Moraes (Rio)
Eng. Arthur Witzig
Arq. C. A. Gomes Cardim Filho
Almirante Correa de Sá e Benevides (Rio)
Eng. Eudoro Berlink
Arq. Germano Galler (Rio)
Dr. Humberto Ballariny (Rio)
Dr. José Hortêncio de Medeiros
Profa. Noemy da Silveira Rudolfer
Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo
Enfa. Zaíra Bittencourt

CONSELHO FISCAL:

Dr. Dermeval Novaes de Oliveira
Dr. Jacyr Quadros
Dr. João Novo Pacheco

SUPLENTES DO CONSELHO FISCAL:

Arq. Alfredo Paesani
Eng. Alfredo Willer
Sr. Fernando Pereira d'Abreu Braga

CONSELHO CONSULTIVO:

Dr. A. C. Pacheco e Silva
Dr. Alípio Correa Netto
Dr. André Roseira de Mattos
Dr. Anésio Alves de Britto (Rio)
Dr. Benedito Montenegro
Cel. Médico Carlos Paula Chaves
Dr. Corintho Goulart
Dr. Dácio de Almeida Christovão
Dr. Damasceno Costa
Dr. Dante Nese
Dr. Deoclides Martins Ferreira (Rio)
Eng. Ermano Marchetti
Dr. Ernani de Paiva Ferreira Braga (Rio)
Dr. Francisco Pompêo do Amaral
Dr. Flaminio Favero
Arq. Flávio Guimarães Barbosa
Dr. Floresta de Miranda (Rio)

Estufa Esterilizadora de Circulação Forçada
E S P E C I F I C A Ç Ã O

IPH — 3
1 9 5 8

I T R O D U Ç Ã O

A partir de janeiro de 1958, na sede do Instituto de Pesquisas Hospitalares, por iniciativa e convocação deste, foram iniciadas as reuniões de uma Comissão para estudo e elaboração de especificações técnicas de Esterilizadores a ar quente.

Nessa Comissão tomaram parte, de forma permanente ou transitória, os seguintes membros:

Bruno Heyn	— Fanem Ltda.
Cesar C. L. Duarte	— Atlante S/A
Divina Silveira	— Hospital Oswaldo Cruz
Dulce M. Carvalho	— I.A.P.C.
Ettore Rugai	— Instituto Adolfo Lutz
Enir Souza Lima	— I.A.P.C.
Francisco Andreoni	— Lutz Ferrando S/A
Francisco I. de Araujo Silva	— Instituto Pesquisas Tecnológicas
Francisco Provenza	— Soc. Fabbe Ltda.
Friedrick Becker	— Casa Lohner S/A
Geraldo Maas	— Lutz Ferrando S/A
Ginaldo de Almeida Araujo	— Hospital Centenário
J. Helmut Eichorn	— Fanem Ltda.
Jarbas Karman	— Instituto de Pesquisas Hospitalares
Jaime Vilarrubla	— Termotécnica Ind. Com. Ltda.
Irene Cenarutti	— Hospital Oswaldo Cruz
José Finocchiaro	— Hospital Coração de Jesus
Otávio Craveiro	
Paulo Mello Freire	— Instituto Biológico
Remy Benedito Silva	— Instituto de Engenharia
Schaia Akkerman	— Eucatex S/A
Silvia Garrido	— Instituto Brasileiro de Biologia
Tulio R. Cordeiro de Mello	— Deerns Planejamento Engenharia S/A
Walter Schmidt	— Casa Lohner S/A

A Comissão classificou inicialmente os esterilizadores a ar quente em quatro tipos:

Tipo I: Convecção por gravidade (aquecimento a gás ou eletricidade)

Tipo II: Ventilação forçada (aquecimento a eletricidade)

Tipo III: Irradiação pelas paredes perimetrais (aquecimento a gás ou eletricidade)

Tipo IV: Condução por contato direto (aquecimento a eletricidade)

Os trabalhos foram iniciados pelo esterilizador a ar quente, de circulação forçada, com aquecimento a eletricidade (tipo II), deixando para segundo plano os demais tipos, inclusive o mais difundido, de convecção por gravidade (tipo I) com aquecimento a gás ou eletricidade.

O esterilizador a ar, de circulação forçada e aquecimento a eletricidade, foi escolhida para início dos trabalhos da Comissão por apresentar muitos característicos interessantes, podendo-se salientar entre eles os seguintes:

1. Permite esterilização mais segura do que os tipos I e III.
2. Permite controle mais preciso de temperatura do que o obtível com aquecimento a gás.
3. Permite dispositivos reguladores elétricos, automáticos, simples e seguros.
4. Permite velocidade de circulação de ar independente do formato da estufa, de suas características de construção, do orifício de exaustão, do volume e natureza da carga e da diferença de temperatura entre a zona de aquecimento e a de exaustão.
5. Permite transmissão de calor mais eficiente, mais uniforme, mais rápida e com menos consumo de energia.
6. Permite carregamento das prateleiras, livre e quase ilimitado.

Após 14 reuniões e a publicação mimeografada de ante-projeto, que foi distribuída entre os membros da Comissão para receber críticas e sugestões, a Comissão aprovou o texto de especificação que é publicado a seguir.

São Paulo, Setembro de 1959

F. I. de Araujo Silva
Presidente da Comissão

OBJETIVO

1. Esta Especificação fixa os característicos exigíveis na aquisição de estufa esterilizadora de circulação fornecida, aquecida eletricamente, para esterilização de vidros, instrumentos, utensílios, óleos, pós, etc., e estabelece as condições técnicas para o seu recebimento.

DEFINIÇÕES

2. Para os fins desta Especificação são adotadas as seguintes definições:

- a) câmara de esterilização: compartimento destinado a receber o material a ser esterilizado;
- b) câmara de aquecimento: compartimento provido de resistências elétricas, destinado ao aquecimento do ar;
- c) câmara de distribuição: compartimento destinado à distribuição do ar aquecido;
- d) câmara mecânica: compartimento destinado ao motor e ligações elétricas.

TAMANHOS

3. Os esterilizadores serão fabricados nos tamanhos indicados a seguir, numerados de 1 a 4, de acordo com as dimensões úteis da câmara de esterilização (v. tabela I).

TABELA I

Tamanhos	Dimensões internas da câmara de esterilização, em cm		
	Largura	Altura	Profundidade
1	50	40	40
2	70	60	50
3	90	80	60
4	100	100	60

CONDIÇÕES GERAIS

4. a) A estufa esterilizadora será aquecida eletricamente, para funcionar a temperatura de esterilização de 160°C. Os dispositivos de entrada, de aquecimento e de distribuição de ar devem ser arranjados de tal forma que permitam circulação perfeita de ar quente através da câmara de esterilização.

b) Os dispositivos de regulação e de controle devem ser montados de forma a serem facilmente acessíveis para operação e reparos.

c) A estufa esterilizadora deve apresentar acabamento perfeito, de acordo com a melhor técnica seguida na fabricação de artefatos dessa natureza. Deve trazer, fixada em local apropriado, placa com nome de fabricante, de signação do tipo e número de série; voltagem, potência e temperatura máxima de aquecimento.

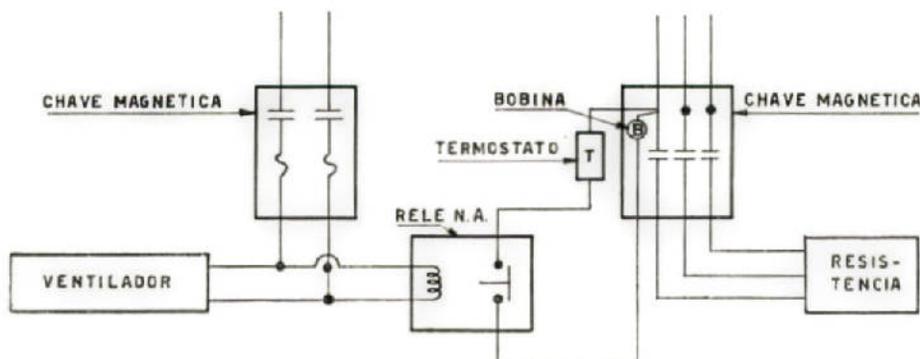
CARACTERÍSTICA DE FUNCIONAMENTO

5. A circulação de ar é produzida mecanicamente, por meio de ventilador, acionado por motor elétrico; a movimentação do ar quente se fará sob condições de temperatura e de pressão controladas (ver figura esquemática). O ar atmosférico entra na câmara de aquecimento por abertura ajustável, passando, após misturado e difundido com o ar de recirculação, pelos elementos aquecedores e pelo ventilador, donde é enviado para a câmara de distribuição. O ar aquecido, sob pressão, passará através de parede difusora perfurada, vertical, sendo distribuído uniformemente em toda a área plana vertical da câmara de esterilização, mantendo um fluxo de ar aquecido no plano horizontal, com temperatura uniforme e igual transferência de calor a todas as regiões; após cruzar a câmara de esterilização o fluxo de ar quente passa através a parede perfurada vertical do lado oposto à parede de entrada e volta à câmara de aquecimento, sendo então recirculado pelo ventilador e o ciclo recomeça. Ar, gases e vapores tem saída para a atmosfera através dum orifício exaustor ajustável localizado no topo da câmara de esterilização. Os dispositivos de aquecimento e de distribuição devem produzir intensidade de aquecimento, velocidade, pressão e direção de circulação do ar adequados, de forma a assegurar temperatura uniforme na câmara de esterilização, de acordo com o seu carregamento apropriado.

ESQUEMA DE LIGAÇÃO

Estufa Esterilizadora de Circulação Forçada

Esquema de ligação elétrica



MATERIAL E MANUFATURA

6. a) **Corpo principal:** A estufa será construída de aço comum. Quando especificado poderá ser construída de aço inoxidável ou de cobre. A estufa de aço comum será feita de chapas com as espessuras indicadas na tabela II. Terá paredes duplas com isolamento térmico adequado de lã de vidro ou similar.

TABELA II

Tamanhos	Espessura das chapas			
	Câmara externa		Câmara interna	
	BWG	um	BWG	um
1	20	0,97	18	1,25
2	20	0,97	18	1,25
3	18	1,25	16	1,60
4	18	1,25	16	1,60

b) **Porta:** A porta será do mesmo material usado no corpo principal, de construção igual no que couber e será de fechamento estanque, com auxílio de guarnições. As estufas serão de porta simples para os tamanhos 1 e 2 e de porta dupla para os tamanhos 3 e 4. As portas duplas não terão coluna central. Os fechos serão de latão cromado ou de zamac, com puchadores de material mau condutor de calor.

c) **Prateleiras:** A estufa será provida de prateleiras ajustáveis, feitas com chapas iguais as empregadas no corpo principal e reforçadas com nervuras que assegurem a necessária resistência de acordo com suas dimensões. Serão em número de 2, pelo menos, para os tamanhos 1 e 2 e de 3, pelo menos, para os tamanhos 3 e 4.

d) **Termômetro:** A estufa será provida de termômetro de mercúrio, graduado de 50°C a 200°C, permitindo leitura com erro de, no máximo, 1°C. O termômetro será colocado lateralmente, em altura que permita fácil leitura; a parte do bulbo dentro da câmara de esterilização será devidamente protegida por camisa perfurada de latão ou de liga de alumínio anodizado.

e) **Aquecimento elétrico:** Os fios e as partes elétricas devem ser isolados e montados de acordo com norma NB-3 — Execução de Instalações Elétricas. Nas partes sujeitas a temperaturas superiores a 60°C, os fios terão isolamento especial capaz de assegurar proteção adequada contra o calor. A instalação deve dispor de termostato que permita regular a temperatura, na câmara de esterilização, de 160° a 200°C, com erro máximo de 3°C. As resistências elétricas serão de fio ou fita de níquel-cromo ou similar, com unidades facilmente substituíveis. As chaves de controle serão localizadas de forma acessível; relés, interruptores, fusíveis, etc. serão protegidos, mas acessíveis à inspeção ou reparos.

f) **Ventilador:** O ventilador será acoplado a motor elétrico, devendo o conjunto ter condições tais que assegurem o funcionamento da estufa de acordo com as exigências do item 5. No acoplamento do ventilador do motor deverá haver, no eixo do motor, isolamento adequado ao calor.

PINTURA

7. A estufa será pintada com esmalte sintético, na cor cinza, quando não for especificada outra cor.

INSPEÇÃO

8) As estufas serão inspecionadas individualmente, para verificação das condições exigidas nesta Especificação. Os ensaios serão feitos, sempre que possível, na fábrica. Deverá haver acordo prévio entre comprador e vendedor para que a inspeção e os ensaios, quando feitos durante a fabricação, o sejam de forma a não prejudicarem os trabalhos da fábrica.

ENSAIOS — CONDIÇÕES IMPOSTAS

9. Submetida a ensaios e verificações, a estufa deve satisfazer as seguintes condições:

a) O consumo de corrente elétrica deve ser de aproximadamente 520 wats/hora cada 30 litros de volume da câmara de esterilização à temperatura de 160°C.

b) O tempo requerido para atingir a temperatura de 160°C, sem carga na câmara de esterilização, deve ser de 40 minutos no máximo.

c) A variação de temperatura permissível em diferentes pontos da câmara de esterilização, sem carga, deve ser de 1°C. no máximo.

d) A flutuação de temperatura, em qualquer ponto da câmara de esterilização não será maior do que 3°C, num período de 30 minutos.

e) O controle do ciclo de esterilização deve incluir regulação para até 5 horas e dispositivos de alarme.

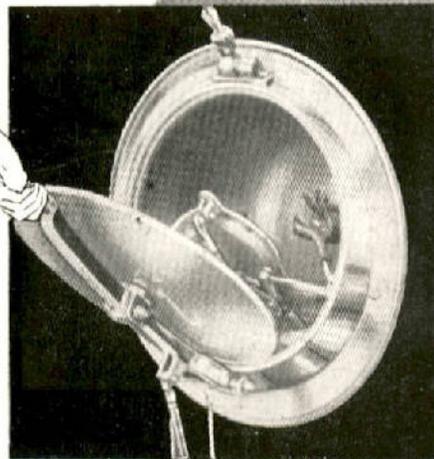
f) A temperatura em qualquer das faces externas da parede da estufa não pode ser superior a 45°C, durante o seu funcionamento a temperatura de 160°C.

ACEITAÇÃO E REJEIÇÃO

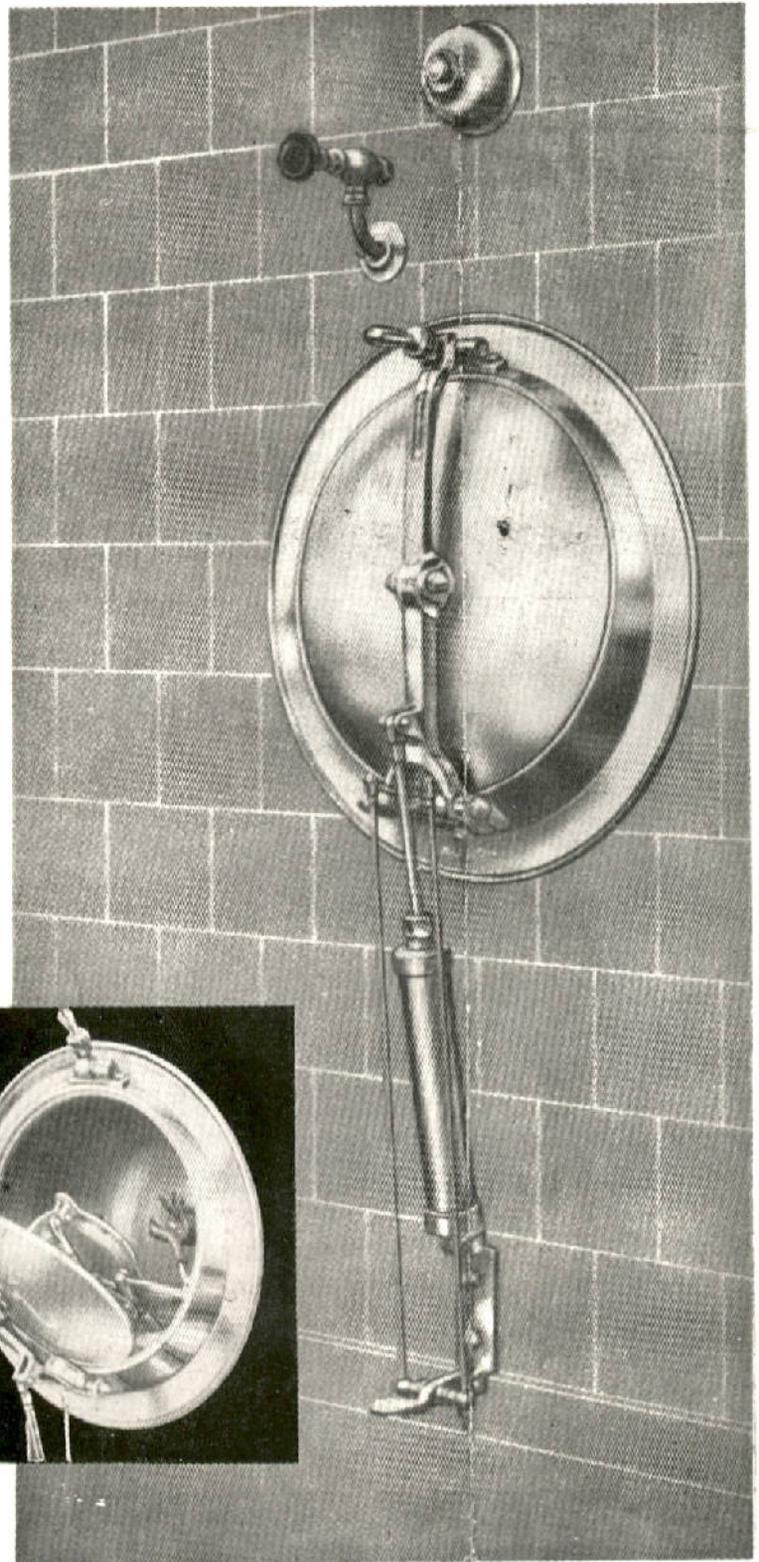
10. O fabricante ou fornecedor deverá fornecer certificado ou declaração de que a estufa satisfaz as exigências desta Especificação. Independentemente disso o comprador poderá mandar proceder às verificações e ensaios exigidos nesta Especificação, sendo motivo de rejeição o não preenchimento de qualquer das suas condições.

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

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



Eficiência comprovada
Higiene absoluta
Rapidez e economia



ALBION

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

Metalúrgica Albion S. A.

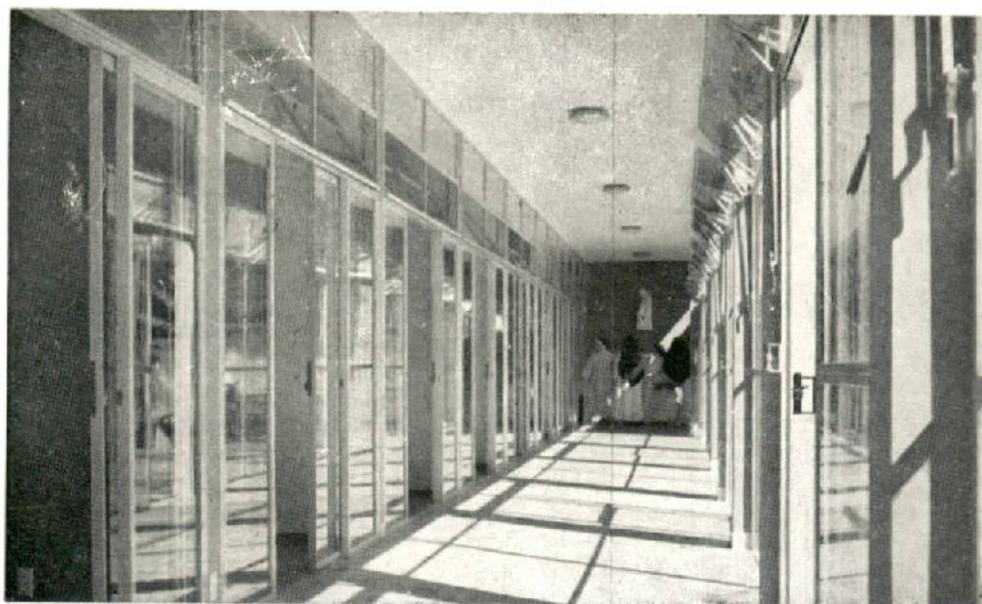
Rua Albion, 202 - Fones 5-0421 e 5-0263

End. Teleg. Albion - São Paulo

P R O D U T O S

P I S O S P L Á S T I C O S

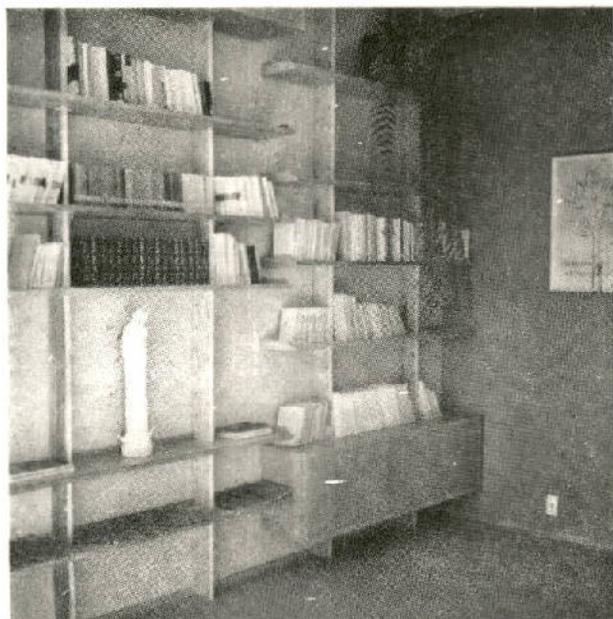
revestimentos para pisos hospitalares
termo-plástico - monolítico
isolante acústico - isolante elétrico
substitui com vantagem os linóleos



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

facilita a limpeza e a conservação
impede a fixação da sujeira
elimina as manchas de líquidos
dispensa o uso da palha de aço
resiste a ácidos e ao fogo
e c o n o m i z a c ê r a

P O L I P L A S T

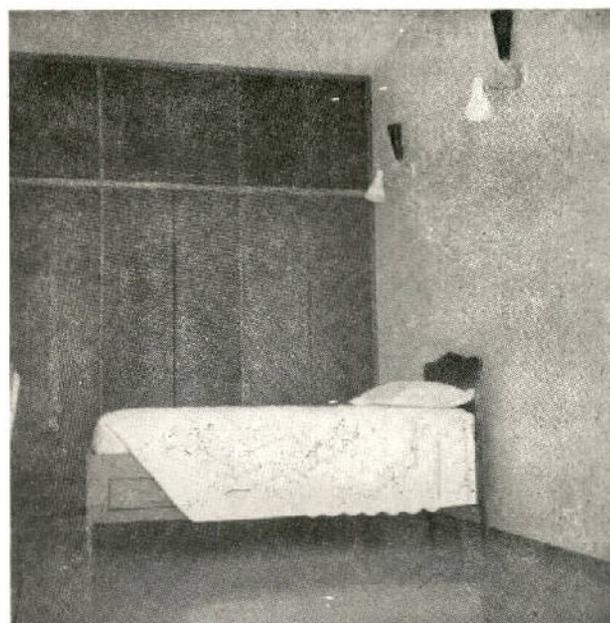


P A R E D E S

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

V I D R O P L A S T

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



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

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

DISCUSSÃO DOS PROBLEMAS MÉDICOS E ADMINISTRATIVOS LIGADOS AO CONTROLE DE INFECÇÕES ESTAFILOCÓCICAS E OUTRAS INFECÇÕES EM HOSPITAIS

(CONTINUAÇÃO)

DRA. HARDWICKE — Dr. Lepper, tenho um problema. Sou administradora de um hospital com 98 leitos, e tenho um conselho de provedores que esperam que eu controle até os níqueis. Da última vez que lhes pedimos para aumentar as verbas para melhorar o equipamento de nosso almoxarifado, eles fizeram certas perguntas difíceis.

Voltando para lá agora, vou defender a eles as coisas que estabelecemos aqui. É necessário que eu unte os cobertores e as roupas de cama? O que há sobre os desinfetantes residuais para o piso de minhas salas de operação? Como gastarei nisso, de maneira prática, os dólares de meu hospital?

DR. LEPPER — Creio que, antes de tudo, é evidente que as coisas mais importantes são as coisas individuais feitas por pessoal bem treinado.

Esses são os elementos que fizeram melhoras de ano para ano os cenários da infecção cirúrgica e obstétrica. Isso antes de termos outro modo para controlar qualquer dessas infecções, e nunca havíamos sido bem sucedidos então com o saneamento do meio. O indivíduo que compreende o que deve fazer para evitar espalhar a infecção é muito importante. Se pudéssemos arranjar pessoas que compreendam isso, penso que reduziríamos de muito o problema.

Os problemas de untar os cobertores, pintar as paredes e outros semelhantes tornam-se realmente problemas de saber se podemos substituir precauções individuais.

DRA. HARDWICKE — O senhor está dizendo que o de que realmente precisamos como primeira linha de defesa é uma boa limpeza à velha moda?

E a limpeza de que estou falando é talvez a que o Dr. Carl Walter costumava demonstrar aos seus alunos, colocando **lamp**

black em suas mãos, vendando-lhes os olhos, e fazendo-os esfregar as mãos.

MR. LISWOOD — Um fato interessante que o Dr. Howe mencionou em seu relatório é que a medida mais eficiente tomada com médicos e enfermeiras dentre o seu pessoal não foi somente a instituição de técnicas cirúrgicas, mas a criação de atitudes no velhos estilo.

DR. HOWE — Alerta geral.

MR. LISWOOD — Penso que este relaxamento do estado de alerta foi uma das mais prejudiciais consequências que acompanharam o uso indiscriminado de antibióticos.

DR. LEPPER — Isso mesmo. O hospital em que estudamos é um hospital de doenças contagiosas, que supostamente tinha técnicas assépticas. Costumávamos fazer as coisas de costume para tentar evitar que o pessoal contraísse infecções meningocócicas e outras moléstias que aparecessem por lá.

Sabemos que tivemos certos sucesso com o pessoal, quando eles tinham medo de contrair infecções. Sabemos também agora que, observando um certo tipo **fágico** e o modo como se propaga, se o mingococo fosse um grave problema, atualmente teríamos uma grande quantidade deles disseminada.

Portanto é um problema de fazer esse pessoal voltar atrás e usar as mesmas precauções que os seus predecessores usaram em situação idêntica.

DR. HOWE — Voltar aos princípios de Lister.

DR. LEPPER — Creio que pelo menos seria uma volta ao ponto em que se havia atingido um nível praticável. Isto é, principalmente precauções individuais.

Até a época em que os antibióticos foram introduzidos em cirurgia, os bons cirurgiões que tinham taxas baixas de infecção, tomavam conta de si próprias e verificavam seus auxiliares esfregarem as mãos. E, se eles não gostavam do modo como o haviam feito, diziam-lhes para voltar e esfregar melhor.

Se voltássemos a esse tipo de proceder, penso que veríamos uma redução regular.

DRA. HARDWICKE — Uma atitude de vigilância e esmero, que atingisse o médico, a enfermeira e o departamento de arrumação e limpeza. Devemos pensar no que estamos fazendo, de modo que não estejamos transmitindo negligentemente.

DR. HOWE — Para pesquisadores, eu faria um apêlo a fim de correlatar os dados que eles obtêm sobre o número de bactérias no meio ambiente, após vários processos antissépticos com o efeito que ele tem sobre a verdadeira taxa de infecção no correr dos anos.

Isso é o que está faltando em nossos dados. Se as estatísticas de longos anos mostram que essas reduções na contagem de bactérias no ar, ou no cobertor, por exemplo, tem realmente efeito na taxa de infecção de ferimentos ou de infecções respiratórias, então penso eu que por fim acharemos que tôdas as precauções na arrumação e limpeza terão valido a pena.

Não sabemos com certeza exatamente quais são as importantes e se valerá a pena gastar milhares de dolares para certo tipo de ar condicionado ou precipitação eletrostática, quando alguma coisa bem mais simples poderia dar melhores resultados.

DR. LEPPER — Creio que o Dr. Blower demonstrou isso claramente. Eles tinham elevadas taxas de infecção, e as reduziram pela adoção de certas medidas simples, como a redução do número de vizes que as pessoas entravam e saíam das salas de operações.

DR. HOWE — No ano seguinte, contudo, o índice de infecção subiu de novo. Fecharam o hospital em 1952 por causa de um índice de 10,5 por cento. Em seguida ao programa que adotaram, ele desceu para 3 ou 4 por cento, mas em 1954 voltou para 6 por cento ou mais.

MR. LISWOOD — Em parte, penso que porque não existiu nem vigilância nem verificação. O programa é adotado. Todo mundo está entusiasmado com ele, mas, a menos que sejam induzidos, o entusiasmo esfria rapidamente.

DRA. HARDWICKE — Durante o almoço, o Dr. Howe nos contou sobre o número infinito de pessoas entrando e saindo de uma sala de operação em uma intervenção de três horas, o que me deixou surpreendido. Gostaria o senhor de fazer um comentário sobre isso agora?

DR. HOWE — Tendo em mente o trabalho de Colebrook, que demonstra que cada vez que algum atravessa o piso uma chuva de bactérias sobe no ar, ordenei que uma enfermeira colocada na sala de operação contasse o número de vizes que pessoas entravam e saíam durante as operações. Durante uma operação de duas horas, a porta abriu e fechou 112 vizes. E durante outra operação de três horas, 73 vizes. A enfermeira achou que metade desse movimento era desnecessário e poderia ser evitado em primeiro lugar por um melhor planejamento, ou impedindo as pessoas que entravam só para dar uma olhadela.

DR. LEPPER — Tivemos dificuldade no estudo que estávamos fazendo, quando estávamos fazendo cultura em tôdas as pessoas que entravam no quarto do paciente. Havia gente demais, e o número de culturas cresceu rapidamente. Contudo, as pessoas não gostam de servir para cultura, e assim o número dos que entravam no quarto decresceu durante o estudo.

Era incrível o decréscimo do número de culturas depois de termos feito por dois ou três dias.

DR. HOWE — Creio que todos concordam que, quanto mais se puder reduzir o movimento da sala de operações, tanto melhor

será. A hora importante de fazer isso, a hora mais importante, é no início da operação, quando o corte está exposto, antes de ser posta a bandagem, porque o peritônio pode resistir a uma exposição intensa. A parte vulnerável é a camada gordurosa.

Depois dos primeiros vinte minutos ou meia hora, quando se abre o abdômen, antes que se ponha a bandagem, e principalmente no final quando se retiram as bandagens da gordura, quando se está fechando, parece ser a hora mais vulnerável. Se pudéssemos reduzir o movimento e a conversa durante esses dois períodos, alguma coisa terá sido obtida.

DRA. HARDWICKE — Pela sua experiência, Mr. Liswood, como sugeriria o senhor que um hospital agisse sobre esse problema de infecção, uma vez que eles estão cientes de que ela existe, e estão dispostos a fazer algo sobre isso?

MR. LISWOOD — Pelo que foi dito, temos que nos interessar em determinar algumas medidas eficientes para controlar a infecção, embora ponhamos em dúvida o valor do que estamos fazendo.

Em nosso hospital, fizemos isso de dois modos, primeiro com um grupo grande, e depois com uma pequena comissão. Verificamos que a maneira mais eficaz foi com comissões pequenas, de quatro a cinco pessoas, representando determinadas funções do Hospital. Isso é importante particularmente no hospital menor, onde geralmente o administrador é leigo e o hospital não possui cirurgiões de tempo integral no seu corpo médico, que possam dedicar seu tempo a esse problema e que estejam lá o dia todo. Aqui, o administrador pode estar alerta para o problema de infecção e pode fazer algo a respeito. Porém tem de encarar o fato real de que possui um grupo de clínicos ocupados, que entram e saem do hospital diariamente, os quais só se interessarão pelo problema somente numa base individual, no que diz respeito à sua técnica e pacientes.

O que fizemos no New Mount Sinai foi criar um pequeno grupo para integrar a comissão de infecção do hospital, composta do administrador, diretor dos laboratórios, cirurgião e diretor de enfermagem. Cada um tinha o seu pessoal (**staff**) a quem podiam recorrer para conselhos técnicos, e com quem podiam trabalhar dentro do hospital para adotar as necessárias providências de controle.

Por exemplo, quando o problema de arrumação e limpeza surgiu — refiro-me aqui ao sentido genérico da palavra **housekeeping**, não apenas à limpeza de soalhos e janelas, porém à manutenção, limpeza, ventilação, lavanderia — não havia necessidade de ter todo esse pessoal na comissão. O administrador pode reuni-los sem tomar tempo da comissão. Esta comissão devia estabelecer diretrizes e fazer planejamentos, e no início da investigação se reunia raras vizes por semana. Agora se reúne costumeiramente todo mês num dia estabelecido, e cada membro da comissão relata a atividade do seu grupo.

O representante médico da comissão quando necessário pode convocar outros membros do **staff**. Acontece que este era o cirurgião chefe. O diretor de enfermagem trabalhava com o supervisor da sala de operação e com o supervisor do almoxarifado central, bem como com as enfermeiras chefes.

Achamos que esse foi um método bem eficaz para criar meios de comunicação. Tenho a certeza de que nenhum deles poderia trabalhar sem ter completo apoio do corpo médico.

Isto foi obtido apresentando-se à junta conselheira médica os princípios gerais estabelecidos pela comissão.

DRA. HARDWICKE — Quem tomou a iniciativa da comissão?

MR. LISWOOD — O administrador.

DRA. HARDWICKE — Quem era o "chairman", isto é, quem presidiu os trabalhos?

MR. LISWOOD — O diretor dos laboratórios. Porém não creio que isto seja particularmente importante. Era um médico de tempo integral do hospital, e estava ansioso por assumir o cargo, que acabou sendo uma responsabilidade muito onerosa no início. Tudo tem funcionado muito bem.

O corpo médico cooperou com entusiasmo, pois foram consultados desde logo. Permitiram que o administrador tomasse certas medidas que os afetavam vitalmente em suas relações com os pacientes. Por exemplo, foram feitas obrigatoriamente culturas de rotina com seus pacientes particulares. Permitiram-nos impedir visitas aos pacientes, toda vez que um estivesse infectado e tivesse de ser isolado.

DRA. HARDWICKE — Como é que o senhor lida com os relatórios em seu hospital, Mr. Liswood? Quem é, por assim dizer, o principal responsável? Quem é que constata a infecção que acaba de se manifestar no corte e faz o relatório comunicando? E o que acontece com esses relatórios?

MR. LISWOOD — É melhor eu dizer quem não é o responsável. O médico encarregado não é o responsável para comunicar a infecção. A responsabilidade é do **staff** da casa, ou da enfermeira chefe. Quando existe o que eles consideram uma infecção post-operatória — isso às vezes causa discussão — elas têm duas responsabilidades de rotina. Primeiro, comunicá-la na papeleta post-operatória que já foi descrita, e carimbar no gráfico do doente "Infecção post-operatória". A segunda responsabilidade é enviar imediatamente as culturas ao laboratório.

DRA. HARDWICKE — Parte disso é bem semelhante aos processos mencionados no livro de Edna Hoffman para o arquivo de relatórios médicos, nos quais uma papeleta é preenchida pela enfermeira comunicando uma infecção manifestada, a fim de estabelecer a investigação médica.

Dr. Howe, gostaria o senhor de fazer um comentário sobre isso, e também o processo ligeiramente diferente que é usado em seu hospital para o controle de infecções?

DR. HOWE — Em primeiro lugar, creio que não se pode deixar levar por impressões. É preciso ter-se estatísticas precisas porque, mesmo quando a infecção não é controlada, pode-se ter 5 ou, em caso de epidemia, até 15 por cento de cortes infeccionados. Ora, 15 em 100 não impressionam o cirurgião. Provavelmente ele esquecerá dentro de um ano, e se lhe perguntamos qual é o seu índice de infecção, dirá: "Bem, não é elevado; não nos tem preocupado". Mas, se realmente formos verificar, veremos que ele teve dificuldades. Portanto, não se pode confiar em impressões, e não creio que se possa confiar nos arquivos médicos de um hospital médio, porque muitas vezes as infecções, principalmente as de menor importância, não são registradas. Acompanhar o ritmo de infecções de corte significa que, para começar, deve-se classificar o corte em **limpos** ou **sujos**. Não é justo classificar como infecção de hospital um caso que já entrou com um abscesso necessitando drenar. É uma infecção que nada tem a ver com a técnica.

É preciso eliminar todos os casos que não envolvem incisões. Por exemplo, dilatação e curetagem, e endoscopias. Não se pode olhar no livro de registro de operações e tomar o número total destas para calcular as porcentagens.

Classificamos nossos corte em A, B, C, e D. "A" são os casos **limpos** para os quais não há desculpas de erros de técnica, tais como em operações de hérnia ou operações torácicas não infectadas. "B" são os casos que são potencialmente contaminados, mas que se pode esperar curar logo de início. Pode-se encontrar exemplos em qualquer operação em que se faz uma incisão num tracto — por exemplo, fazendo-se uma **resection** ou uma vesícula biliar no tracto **GI**. Esses cortes são potencialmente contaminados, mas geralmente se pode esperar que se curem com cuidados simples.

Os casos "A" e "B" para fins de estatística são classificados

como casos **limpos**, o critério para isso sendo se normalmente esses cortes se curam sem ajuda ou não. Por exemplo, as hemorróidas se classificam como "B", porque, embora contaminada e num campo **sujo**, em condições normais espera-se que saem por si sós, e as infecções post-operatórias de hemorróidas são raras. Os casos "C" são infecções **de obrigação**, tais como a drenagem de um abscesso. Os "D" são outros processos que não envolvem incisões.

Como obtemos os dados? Estes são obtidos por meio do **staff** do hospital, tais como os de Mr. Liswood. É dever de cada médico interno preparar um relatório semanal, que é datilografado, arquivado e encadernado. Nele todas as admissões, operações e complicações são registradas. Esses relatórios são discutidos e apresentados semanalmente numa reunião convocada especialmente para o **staff** do hospital, e assistidas pelo cirurgião chefe e seus assessores, incluindo os que estão em serviço e quaisquer outros particulares que queiram vir.

As infecções são discutidas, e qualquer desacordo quanto à classificação, se é importante ou não, é acertado então.

Eu assisto a 90 por cento dessas reuniões e vejo muitos dos cortes pessoalmente. Uma classificação é considerada como importante ou grave, se apresenta manifestações sistemáticas, prolongamento da estadia no hospital, ou drenagem de pús expon-tânea ou provocada, que necessite de tratamento.

Infecção secundária é a que não apresenta essas características, tais como abscessos com pontos, ou avermelhamento em volta dos lados do corte. É relativamente fácil obter-se estatísticas dos casos do hospital, comparados com os casos particulares, por causa do grande número de cirurgias que têm clínicas particulares. Por exemplo, o funcionário interno do hospital pode não saber de uma infecção, principalmente se for uma secundária e se ele não chegou a ver o doente em uma visita.

Contornamos esse fato, utilizando a pesquisa. Temos uma enfermeira designada para esse programa e que tem um equipamento especial de bandagens. Ela está à disposição de qualquer cirurgião que precise de auxílio ou de equipamento especial. Está em contacto com todas as enfermeiras e o seu conhecimento e familiaridade com as enfermeiras-chefes das referidas enfermarias permitem que ela tenha conhecimento de qualquer infecção que possa passar despercebida ao **staff**, ou que a ética profissional não permita a uma comissão, ou a mim próprio, investigar.

Não creio que assim ignoremos muitos casos, pois ela pode perguntar diretamente à enfermeira-chefe se há alguma infecção. Esta lhe dirá se sim ou não, e é assim que nos tornamos cientes dos casos. Essas enfermeiras sabem sempre dos casos de infecções, porque precisam fornecer material de bandagem.

Provavelmente perdemos algumas infecções que aparecem depois fora do hospital, e são tratadas nos consultórios. Mesmos esses casos vimos a saber de uns seis ou oito por ano, porque os médicos nos contam. Sabem que estamos interessados, e têm prazer em nos contar. Têm sido bons cooperadores.

A comissão de Mr. Liswood me parece muito boa. Creio firmemente que é importante ter uma pessoa cujo interesse seja constante e pessoal, que quer realizar coisas porque acha que o deva fazer, e não porque foi convidado a trabalhar numa comissão. Seu interesse não será realmente sincero a menos que esteja dentro de si mesmo, numa constância que deve durar anos. Deve ter um desejo real para obter essas estatísticas, ler sobre o assunto, meditar sobre ele e só então será bem sucedido.

Se houver um indivíduo na comissão que lhe dê brilho, isso será uma vantagem enorme.

MR. LISWOOD — Fomos felizes em nosso hospital em ter essa espécie de indivíduo na pessoa do diretor de laboratórios.

Continua

ANUNCIE EM

HOSPITAL DE HOJE

A MAIOR
REVISTA
TÉCNO-HOSPITALAR
DO BRASIL

FORROS PLÁSTICOS

para colchões
hospitalares

COSTURADOS ELETRÔNICAMENTE

- Conserva o colchão
- Fáceis de limpar
- Higênicos
- Durabilidade garantida



PRODUTOS DE BORRACHA LIDICE LTDA.
Rua Jorge Azem, 36 - 4.º and. - s/401/404
Fones: 35-5933 e 35-5917 - São Paulo

DISCURSO PRONUNCIADO
PELO DR. HUMBERTO BALLARINY,
PARANINHO DA 1.^A TURMA DE
ADMINISTRADORES HOSPITA-
LARES, DIA 6-1-59, NA SOLE-
NIDADE DA ENTREGA DOS DIPLOMAS.

Que expressem minhas primeiras palavras a gratidão pela imerecida, mas por nós muito apreciada homenagem dos alunos da 1.^ª turma de Prática Administrativa Hospitalar do Ministério da Saúde ao menos brilhante dos seus professores.

Recebi a honrosa incumbência de paraninhar a vossa turma, meus caros alunos, como reconhecimento aos esforços de todos os professores em tentar transmitir com amor e desprendimento o pouco que sabemos a respeito de tão complexa ciência: a Administração Hospitalar.

A nossa tarefa foi facilitada pelo invulgar interesse e dedicação ao estudo do brioso grupo, que hoje colhe os merecidos louros do ciclópico esforço desprendido.

Paraninhar uma turma é assumir a responsabilidade de assessorar os afilhados nos seus primeiros passos em direção à vitória final. Grande será a nossa responsabilidade!... Que Deus nos ilumine para que, ao refletirmos a sua sabedoria, possamos orientar os nossos pupilos ao rumo certo.

Meus caros amigos, estais hoje bem equipados para a luta graças aos ensinamentos básicos que os professores do Curso vos transmitiram e aos esforços que dispendestes em assimilá-los. Tivestes oportunidade, durante o Curso, de sentir quão complexo e vasto é o estudo da Assistência Hospitalar.

O hospital moderno, com os órgãos que formam a sua estrutura se assemelha a uma constelação de estrelas de 1.^ª grandeza a cintilar no universo da Assistência Social.

Inúmeros seres labutam nos departamentos dos hospitais, desenvolvendo esforços em prol do completo bem estar físico, mental e social de sua majestade, o doente.

Essa conjugação de esforços, que nada mais é do que — "Assistência Hospitalar" — e que gira em torno de um eixo, a Assistência Médica, necessita além de um coordenador geral, o Superintendente hospitalar, da colaboração de assistentes administrativos e de chefes de serviços que dominem a ciência da Administração.

Quando o Hospital nada mais era do que uma casa para depositar moribundos, abrigar doentes incuráveis, ou isolar ameaças à saúde da Comunidade, um médico roubava alguns minutos do precioso tempo a ser dedicado aos seus doentes para, empiricamente, burocratizar-se com os problemas administrativos.

Hoje, o Hospital deixou de ser uma planta física, estática, para assumir um caráter dinâmico. O hospital cresceu, tornou-se uma verdadeira cidade dentro de outra cidade.

Possui central elétrica e de vapor, possui um complexo sistema de transportes e comunicações, obedece a uma complicada legislação regida por específicos códigos éticos, morais e legais.

Possui dentro da sua própria organização verdadeiras indústrias: que produzem e distribuem milhares das mais variadas refeições, que lavam toneladas de roupas; que fabricam seu próprio oxigênio; que manufaturam alguns dos instrumentos de uso hospitalar; que contam com centenas e algumas até com milhares de servidores.

Possui uma contabilidade e uma caixa pela qual são escriturados e transitam milhares de cruzeiros diariamente.

A moderna ciência da administração e organização racional do trabalho, estendeu-se aos hospitais. Hoje em dia os hospitais, levando em consideração o empate de capital, o custo de manutenção e o número de pessoas que nêles trabalham, estão classificados dentre os quatro empreendimentos industriais de maior vulto no mundo inteiro.

Como vemos uma empresa de tal complexidade não pode ser mais administrada de maneira improvisada em alguns minutos roubados pelo médico ao exercício da sua profissão.

Essa metamorfose do primitivo nosocômio estático no moderno hospital dinâmico coincidiu com o fabuloso desenvolvimento da ciência e artes médicas que, após a guerra de 1914, se transformaram também de esforço individual em trabalho de equipe.

O clínico absolvido com o geométrico aumento de novos conhecimentos médicos, não pôde mais roubar seu tempo para as questões administrativas que, por sua vez também aumentaram em complexidade.

A solução foi alguém se dedicar exclusivamente aos problemas de Organizar e Administrar o Hospital. Foi justamente em 1914, nos E.U.A., — sede da civilização do século XX que surgiu uma nova profissão: o técnico em Organização e Administração Hospitalar. Foi o Dr. Malcom T. Mac Eachern, o Hipócrates da Organização e Administração Hospitalar quem criou naquela época uma nova ciência, que hoje possui para mais de 10.000 **pro-sélitos**, entre médicos e leigos em medicina, incluindo entre eles os nossos caros diplomandos.

O êxito nessa nova profissão será por vos conquistado com árduo trabalho, pois muita incompreensão e alguns espinhos ireis encontrar ao longo da nova estrada a palmar.

O motivo de tal aviso não é calcado no pessimismo, mas baseado na fase de transição que a assistência médica está atravessando nesse grande país do futuro.

Em nosso meio predomina a figura do médico policlínico onisciente e auto-suficiente que ainda não se adaptou ao sistema de trabalho em equipe, equipes essas integradas por especialistas médicos e para médicos e reunidas à volta de uma planta física que permita o uso dos custosos aparelhos e instalações necessárias aos humanos métodos de diagnóstico e tratamento da medicina da era atômica.

O médico que ainda desperdiça o valioso tempo a dar uma injeção, ligar um aparelho de Raio X, não arredar pé da cabeceira até que a última gota de sangue em transfusão seja introduzida na veia do paciente, não admitirá a presença de um administrador leigo à testa do hospital.

Em outras palavras, o médico que não sabe delegar tarefas que requeiram mais prática de execução do que cultura universitária; que não tenha compreendido as vantagens da divisão do trabalho, está restringindo o tempo disponível para o seu próprio aperfeiçoamento cultural, e o que é pior está prejudicando o progresso da assistência médico-social aos seus semelhantes.

Não somos adeptos de que o médico seja alijado da direção dos hospitais. Pelo contrário, os grandes hospitais gerais não podem prescindir de um superintendente médico especializado em Organização e Administração Hospitalar.

Não podemos conceber o planejamento, a construção e a implantação de um hospital moderno sem a figura do médico consultor hospitalar.

A direção médica e a responsabilidade do padrão assistencial é tarefa exclusiva do Diretor médico ou do Presidente eleito do corpo clínico.

À figura do Administrador leigo em medicina, mas diplomado em Administração Hospitalar, caberia a gerência administrativa do hospital.

Na figura comparativa que a seguir tentaremos alinhar, esperamos definir melhor o nosso ponto de vista. Poderíamos comparar um hospital geral de 700 leitos a uma grande orquestra sinfônica executando a sinfonia intitulada: "A preservação da saúde do homem".

Ao superintendente-médico, especializado em Organização e Administração Hospitalares atuando como **Maestro**, caberia planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar tôdas as atividades principais e subsidiárias para a perfeita execução da partitura.

É óbvio que o "maestro" de uma orquestra sinfônica com tal variedade de instrumentos musicais não possa ser um exímio executor de todos eles, mas é necessário que esteja familiarizado com a estrutura e funcionamento de todos, que conheça os efeitos a serem obtidos de cada um e, principalmente, que conheça em profundidade, a teoria da música, no nosso caso, a medicina, para impor a sua regência aos que lideram os grupos dos diversos instrumentos — no caso do hospital: os chefes de serviços.

Ao invés de uma orquestra sinfônica, figuraremos agora, um pequeno conjunto musical (hospitais pequenos), ou um grupo de instrumentos iguais (hospitais especializados), onde o músico mais credenciado dirige a parte artística, músico este, conhecido na terminologia hospitalar, como o Diretor-Clinico.

Mesmo que o sucesso artístico esteja assegurado pela atuação do Diretor, o conjunto se dissolverá se não contar com um empresário ou gerente para garantir o êxito financeiro através de uma administração eficiente.

No último exemplo, o empresário ou gerente, ou assistente do Diretor ou Administrador, como queiramos chamar-lhe, não necessita ser diplomado em música (ou medicina), para administrar com eficiência a sociedade de músicos (ou hospital). E mesmo não sendo médico contribuirá de maneira notável para que o hospital cumpra suas finalidades pois sua eficiente atuação permitirá ao Diretor-Clinico dedicar todo seu tempo aos problemas da assistência médica sem preocupações de natureza administrativa.

Como podemos ver o administrador leigo, especializado em administração é de enorme valia para os hospitais modernos.

Assim, nos pequenos hospitais de 100 leitos, ou nos hospitais especializados, onde o Diretor é ao mesmo tempo o proprietário, ou o Chefe do Corpo Clínico, não comportando a figura do Superintendente, torna-se imprescindível o Administrador leigo em Medicina.

O hospital moderno conforme o porte de sua organização e planta física, já não se satisfaz com apenas um especializado à testa de sua direção. De acôrdo com o vulto de sua departamentaliza-

ção, os grandes hospitais necessitam do Administrador e de Assistentes da Direção Executiva especializados em administração hospitalar na supervisão de seus departamentos.

Hoje em dia um Diretor de Divisão Administrativa, uma Enfermeira, uma Dietista, um Chefe de Pessoal, não podem chefiar seus serviços sem conhecimentos básicos de Organização e Administração Hospitalares.

O acelerado ritmo de progresso que o nosso querido Brasil vem apresentando em todos os setores, não podia deixar de atingir também os hospitais.

Pensando assim, o timoneiro seguro que em boa hora foi investido na Direção dos Cursos de Saúde Pública, Prof. Lincoln de Freitas Filho, não satisfeito com os 300 e tantos médicos diplomados em Organização e Administração Hospitalares, criou o Curso que ora forma a sua 1.ª Turma.

É mais um grande trabalho a ser tabulado para a notável estatística de realizações deste grande sanitarista.

Em nome da Turma e, principalmente, em nome da especialização, o nosso muito obrigado, Prof. Lincoln de Freitas Filho.

Os especializados em Organização e Administração Hospitalares devem um preito de gratidão à incomparável figura do Prof. Mário Pinotti, que ao erradicar a maioria das nossas endemias rurais, prestou e continua prestando incomensurável serviço à assistência médico social do País. Acertou pois, a 1.ª Turma de Administradores Hospitalares, ao render suas homenagens às excelsas figuras do Ministro Mário Pinotti e do seu distinguido colaborador Dr. Adelmo de Mendonça e Silva, Diretor-Geral do Departamento de Saúde.

Meu caro colega e amigo Dr. Adelmo de Mendonça e Silva, acompanhamos de perto o critério que presidiu à escolha dos homenageados. É com satisfação que posso informá-lo de que a homenagem tributada a V. Sa. traduz em grande parte a admiração dos diplomandos, pelo muito que lhe deve a rede hospitalar do Estado do Rio.

Queremos nos congratular ainda com a 1.ª Turma de Administradores Hospitalares pela feliz escolha de seu patrono o Prof. Dr. Teófilo de Almeida. Não poderia ser mais justa e adequada a homenagem da 1.ª Turma de Administradores leigos em Medicina ao pioneiro dos Cursos de Organização e Administração Hospitalares do Ministério da Saúde. Este grande idealista, organizador da Divisão de Organização Hospitalar (D.O.H.) e mestre de todos nós, tem o dom de, nas magistrais aulas do tópico que inicia os cursos, contagiar os discípulos com o germen do entusiasmo pela especialidade. Em nome da Turma aceite os nossos agradecimentos por ter aquiescido em figurar como Patrono dessa Turma.

Meus caros colegas, valendo-nos da prerrogativa de paraninfo e impellido pelos ditames do coração ousaremos dar-vos alguns conselhos para serem usados quando dentro em breve estiverdes investidos em funções de chefia.

Imprimi a todos os vossos atos o calor do interesse cristão em ajudar aqueles que forem atingidos pela dor e sofrimentos causados por doença ou acidente.

Nunca esqueçais de que dependerá de vossa atuação, vidas humanas em tôdas as variadas fases e vicissitudes da dor e sofrimento, da tristeza e desgostos, e, da morte iminente ou cronicidade de padecimentos.

Adaptai-vos humanamente a cada nova situação que se vos apresentar.

As regras de Administração que acabastes de aprender nunca devem se sobrepor aos reclames do sofrimento humano. O hospital, embora considerado como uma Empresa sob o ponto de vista de Organização do trabalho, não manipula uma matéria prima inanimada a exemplo das demais indústrias. O manuseio da personalidade humana objeto de operação do hospital nem sempre se adapta às regras usadas ao manusear um simples produto industrial.

Como consequência, ao administrar um hospital deveis dar grande ênfase àquilo a que chamamos "Bom Senso". O bom senso deve ter como base uma sólida cultura geral e especializada. Assim, deveis manter-vos cientes dos progressos da administração hospitalar, estudando constantemente a arte e a ciência da administração e frequentando cursos post-graduados, jornadas e congressos da especialidade.

Ao lado da atualização de assuntos técnicos, não descuideis o leitura sistemática de jornais, livros e outros veículos da cultura geral imprescindíveis ao administrador hospitalar.

Nunca esqueçais de que o bom chefe é conhecido pelo entusiasmo de seus subordinados e pela confiança de seus superiores.

No exercício da difícil arte de comandar, nunca olvideis o aperfeiçoamento das 10 qualidades básicas de Joseph Doane:

- 1 — personalidade equilibrada emocionalmente
- 2 — preparação adequada
- 3 — senso dos valores relativos
- 4 — bondade
- 5 — julgamento imparcial
- 6 — tato nas relações humanas
- 7 — capacidade de liderança
- 8 — honestidade intelectual
- 9 — fé na educação
- 10 — boas maneiras

"Mermet" no seu livro "Estudos sobre o comandar", sãbiamente diz que: "um chefe capaz sabe ganhar o coração daqueles que com êle trabalham por uma grande causa, e está certo de ser seguido sem que lhe seja necessário apelar para o medo a fim de se fazer obedecido.

O saudoso MacEachern baseado na sua grande experiência de administrador frequentemente exortava os seus pupilos a manterem seus espíritos jovens. A juventude, dizia êle, não está expressa pelo número de anos vividos, mas pelo estado de espírito. Algumas pessoas de 50 anos são tão jovens como um rapaz de 20. Não são os joelhos flexíveis e as faces descoradas que caracterizam a velhice. Na parte central do cérebro existe uma estação radiotelegráfica; enquanto ela receber e emitir mensagens de alegria beleza e esperança, auxilio e interesse, seremos jovens. Mas quando as comunicações forem interrompidas por alguma dose de pessimismo e perda de amor pela humanidade, então estaremos envelhecendo e que Deus tenha compaixão de nossas almas. Aos que abrilhantaram esta solenidade com o incentivo de sua presença, os nossos agradecimentos.

Diplomandos em Administração Hospitalar, tende fé, conservai a fronte erguida, o ideal inquebrantável e o ânimo forte; sejam quais forem os obstáculos surgidos, que, Deus nos ajudará a alcançar a vitória final, ou seja, a melhoria do padrão da Assistência Hospitalar, do nosso grande Brasil.

S. A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES

“ S O B R A F ”



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



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

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

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

MANUAL MERCK

A 9.^a edição do Manual Merck para médicos, agora também disponível em edição espanhola, oferece ao médico uma atualização extremamente bem feita e concisa, sobre etiologia, incidência, patogenia, sintomatologia, complicações e sequelas, dados de laboratório, diagnóstico diferencial, prognóstico, prevenção e tratamento das principais enfermidades, convenientemente agrupados. Especial cuidado é dedicado ao receituário, desenvolvido de acordo com a nomenclatura da Farmacopeia Americana, e não com nomes patenteados. Há pois o trabalho de procurar o nome do preparado de preferência do médico, quando não é possível, em nosso país, formular simplesmente. Já que os nomes registrados como propriedade industrial pelas firmas farmacêuticas variam de país a país e o Manual Merck tem circulação universal, e não pretende em absoluto fazer propaganda comercial (atitude altruista extremamente louvável!), não restava realmente alternativa aos seus editores. Apesar da concisão assinalada, dada a vastidão da matéria, o assunto acima mencionado ocupa mais de 1800 páginas!

Numa segunda parte, com mais 130 páginas, são resumidos processos de imunização, processos clínico-terapêuticos junto ao enfermo e vias de administração de medicamentos, regimes pre e pos-operatórios, regimes dietéticos e valores alimentícios, procedimentos simples de laboratório clínico e cálculo de doses de medicamentos. Saliente-se uma sugestão como deixar preparada uma mala de urgência.

Devido à utilização de um papel fino, mas resistente, a grossura do Manual é espantosamente comoda, apesar de conter quase 2.000 páginas. Cuidou-se pois também do conforto do médico na impressão.

GROUND PLAN FOR PSYCHIATRY

é um documento distribuído pela OMS, como resultado das discussões entre dois psiquiatras, Drs. Paul Sivadon e Alix Baker, e um arquiteto hospitalar dos mais conhecidos, Llewellyn Davies, sobre construções e facilidades necessárias a um tratamento bem sucedido de doentes psiquiátricos.

A OMS está interessada em coligir comentários de especialistas, sobretudo no que se

refere à possibilidade de aplicar as conclusões em diversas condições ambientais. Das destacamos, por certo um tanto arbitrariamente:

- 1) Encontro do doente, desde à admissão, com pessoa com quem possa desenvolver relação terapêutica.
- 2) Área privativa simples, permitindo sensação de reclusão e individualidade, para cada doente, desde o início.
- 3) Saída gradual do isolamento para grupos crescentes, até completa liberdade e independência, com alta.
- 4) Facilidades de ambulatório e "day hospital", com visitas domiciliares, além do hospital psiquiátrico. Para doentes que não se restabelecem prontamente, a comunidade deve prever asilos, casa de convalescença, oficinas protegidas. Em todo tratamento é essencial dar ao doente uma sensação de segurança de suas relações básicas, com pessoas e edifícios.
- 5) A orientação terapêutica mais ativa é a menos antieconômica.
- 6) É sugerido um tamanho máximo de

300 leitos (comprimento máximo 400 m) para um hospital psiquiátrico, de 30 leitos para uma enfermaria (comprimento máximo 50 m) subdividida em grupos para 4 a 8 doentes. Equipes de psiquiatras devem contar com 4 a 12 médicos.

7) A descentralização do pessoal terapêutico facilitará seu contacto com os doentes.

8) A razão pessoal: doentes pode variar de 1:1 para casos graves a 1:30 para convalescentes. É preferível gastar mais horas de pessoal no retreinamento do doente para a independência do que mante-lo mais tempo no hospital mental.

9) Hospitais para doentes mentais crônicos são inadmissíveis hoje em dia. Quando não há indicação para um tratamento ativo em hospital mental normal os doentes devem ser encaminhados a oficinas protegidas com ou sem facilidades residenciais (colonias), que estejam sob supervisão de um psiquiatra para eventual reencaminhamento temporário dos doentes a hospital.

10) Nos ambulatórios, os consultórios devem inspirar sentimento de segurança, intimidade e seclusão e garantir por sua situação e disposição que o contacto entre médico e doente não sejam interrompidos.

11) Unidades psiquiátricas isoladas em hospital geral de hábito são de tamanho insuficiente para a provisão de facilidades completas de tratamento. Tais unidades devem ser ligadas a serviço psiquiátrico regional.

12) As necessidades estruturais particulares de serviços psiquiátricos justificam que se lhes reserve uma ala própria ou prédio separado.

13) Dormitórios para em volta de 6 doentes parecem psicológicamente os mais satisfatórios. Cada doente deve ter um cubículo e armário próprios com características individuais.

14) 20% dos leitos devem ser em quartos de um só leito.

15) Na construção e decoração do hospital, sentimento de segurança é produzido por linhas simples, roteiros de fácil orientação, harmonia de cores e proporções. A orientação no tempo deve ser facilitada por calendários, relógios, programas de atividades futuras em cartazes afixadas.

16) Um centro social é essencial em hospital mental.

PRUEBAS FUNCIONALES MUSCULARES

É tradução, bem apresentada e ilustrada, de livro de Lucille Daniels, publicada pela Ed. Interamericana, México (Endereço: c/o Talleres Impresiones Modernas, Calle Tabasco 275).

BRITISH MEDICAL BULLETIN — vol. 15 — n.º 2 — May, 1959.

Mais um número especializado, este sobre — "Grupos sanguíneos" — acaba o British Medical Bulletin de lançar.

O presente simpósio foi organizado pelo Dr. A. E. Mourant, tendo sido também o autor da "Introdução" na qual nos apresenta uma síntese dos mais modernos conhecimentos sobre a matéria. Os demais artigos que compõem o volume representam estudos originais dos pesquisadores ingleses, chamados a colaborar, contendo, todos, farta documentação.

Abre o volume um artigo de Mollison a propósito de "Factors determining relative clinical importance of different blood-group anti-bodies", seguindo-se o de Race e Sanger intitulado: "The inheritance of blood groups".

Morgan e Watkins escrevem sobre determinados aspectos da bioquímica das substâncias dos grupos sanguíneos humanos,

visando especialmente as substâncias específicas, propriedade destas substâncias, sua estrutura e finalmente estruturas sorológicas ativas. O trabalho de Coombs e Fulton Roberts é bastante interessante, reportando-se às reações antiglobulinas; deitem-se os A.A. sobre a preparação da antiglobulina do soro, aplicações diagnósticas, uso rotineiro, inibição da reação, etc. Seguem-se outros bem documentados artigos com o imediato, também de Fulton Roberts, sobre a doença hemolítica do recém-nascido. É um trabalho de grande utilidade para os pediatras.

Dos trabalhos publicados, destacaremos ainda o de Sheppard a respeito de grupos sanguíneos e seleção natural; de Mourant que escreve, sobre grupos sanguíneos e antropologia; de Sylvia Lawler e J. H. Renwick, sobre grupos sanguíneos e genética; de Joysey, sobre a relação entre os grupos sanguíneos humanos e de animais, etc.

Trata-se de mais um esplêndido empreendimento dos editores do British Medical Bulletin.

KLINISCHES WÖRTERBUCH (Glossário clínico) — Willibald Pschyrembel — Edição Walter de Gruyter Co. — Berlim, 1959.

A presente edição deste, atualmente, bastante conhecido glossário encontra-se completamente remodelada; os progressos de todos os departamentos da medicina foram cuidadosamente revistos e explanados com clareza.

Mais de 1.300 figuras instrutivas ilustram o texto. Não só faz o A. referência a numerosas provas diagnósticas como dedica muitas páginas aos novos meios de exame.

Trata-se assim dum esplêndido livro de consulta, extremamente útil aos que se tem de haver com os problemas diários da clínica.



Segurança! com Esparadrapo YORK

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

QUEM CONHECE, CONFIA!

indústrias **york** s.a.



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

ESPARADRAPO

Emplastrum adhaesivum

DR. ANDRÉ ROSEIRA DE MATTOS

Esparadrapo é um produto constituído por uma faixa de tecido de natureza vária, recoberto de um lado por uma camada de uma mistura adesiva à pele.

DESCRIÇÃO — O esparadrapo tem a superfície adesiva plana, uniforme e isenta de grumos; apresenta reação neutra e é isento de substâncias tóxicas ou irritantes. O lado oposto ao da mistura adesiva pode ser recoberto por uma camada fina de substâncias impermeáveis à água. É habitualmente apresentado enrolado em faixas contínuas de dimensões várias. O esparadrapo não deve apresentar germes patogênicos.

DIMENSÕES — Determine o comprimento do esparadrapo. O resultado obtido não deve ser inferior a 98 por cento do comprimento inscrito no rótulo. Determine a largura do esparadrapo em 5 pontos diferentes ao longo de seu comprimento. A média dos resultados não deve apresentar diferença superior a 1,6 mm da largura inscrita no rótulo.

RESISTÊNCIA À TRAÇÃO — A determinação da resistência à tração do esparadrapo deve ser realizada em ambientes com umidade e temperatura constantes. A umidade relativa deve ser de 65 por cento (± 2 por cento) e a temperatura de 21° ($\pm 1^\circ$). Desenrole o esparadrapo e mantenha-o durante 4 horas, no mínimo, nas condições acima especificadas. Determine a resistência à tração do esparadrapo, aplicando a força no sentido da urdidura, de acordo com a técnica da "Determinação da resistência de tecidos à tração".

A média obtida com 3 determinações em tiras de 2,5 cm de largura não deve ser inferior a 20 kg.

PODER ADESIVO — Determine o poder adesivo do esparadrapo, utilizando fitas de aproximadamente 15 cm de comprimento e de 2,5 cm de largura. Aplique à superfície limpa de uma placa de baquelite, 5 cm de uma das extremidades da fita, comprimindo sobre a mesma um rôlo de borracha com a pressão de 850 g. Passe o rôlo de borracha 2 vezes com a velocidade de 30 cm por minuto. Ajuste a temperatura do esparadrapo e da placa de

baquelite para 37° e determine logo em seguida o poder adesivo do esparadrapo, de acordo com a técnica da "Determinação da resistência de tecidos à tração", fixando a placa de baquelite num dos prendedores. A média de pelo menos 10 determinações não deve ser inferior a 18 kg.

ESTERILIDADE — O esparadrapo, quando declarado estéril ou esterilizado, deve satisfazer às exigências especificadas nas "Provas de esterilidade para sólidos".

ACONDICIONAMENTO — O esparadrapo deve apresentar acondicionamento que proteja cada unidade contra a poeira. O esparadrapo esterilizado deve ser acondicionado de maneira a manter sua esterilidade até o momento da abertura dos seus envoltórios. Sua superfície adesiva deve ser protegida em toda sua extensão por um tecido fino de natureza vária, e a esterilização deve ser procedida depois de acondicionado.

CONSERVAÇÃO — Em lugar fresco, de preferência em temperatura não superior a 30°, e ao abrigo da luz solar direta.

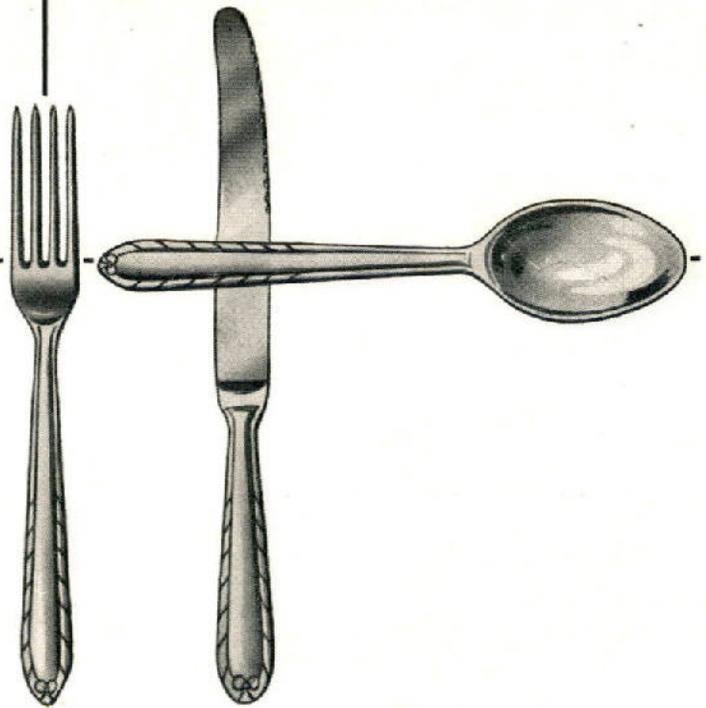
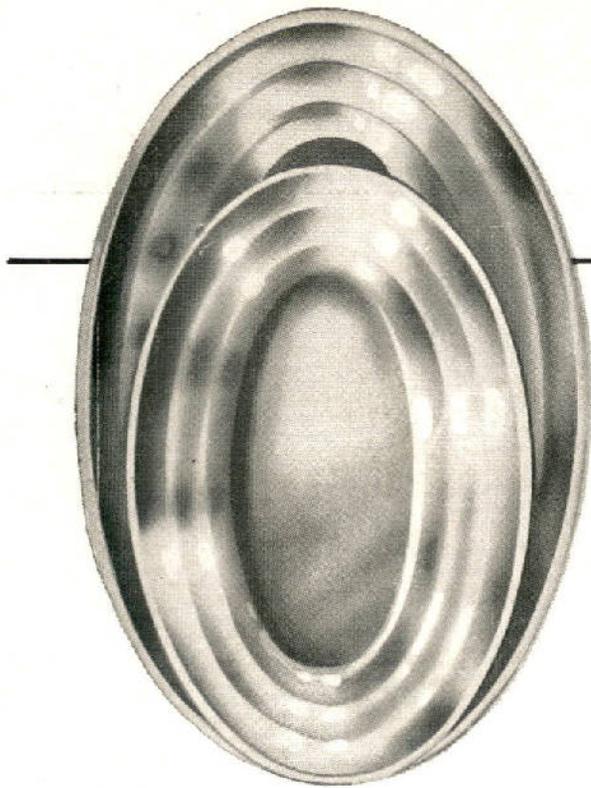
ROTULAGEM — Os rótulos deverão indicar:

- 1 — Nome do fabricante.
- 2 — Dimensões.
- 3 — Sua condição "NÃO ESTÉRIL" ou "ESTÉRIL", de modo destacado.
- 4 — Modo de conservação.
- 5 — Tratando-se de esparadrapo estéril, a advertência de que a esterilidade não é assegurada, se o acondicionamento se apresentar danificado.

NOTA — Os produtos constituídos por esparadrapo e gaze medicamentosa devem satisfazer as exigências especificadas para a gaze purificada e para o esparadrapo, com as necessárias modificações das provas.

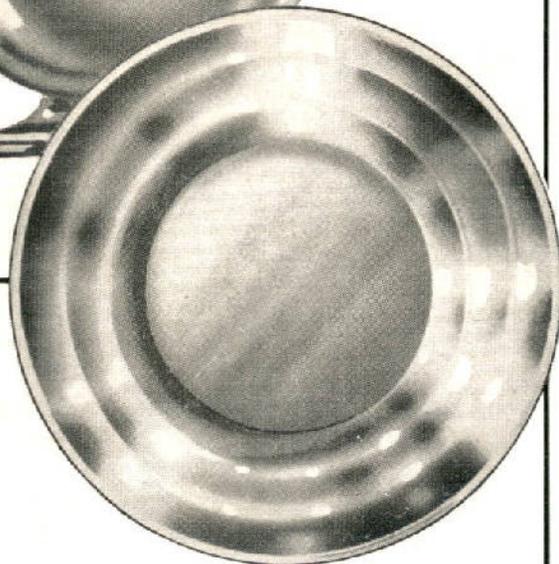
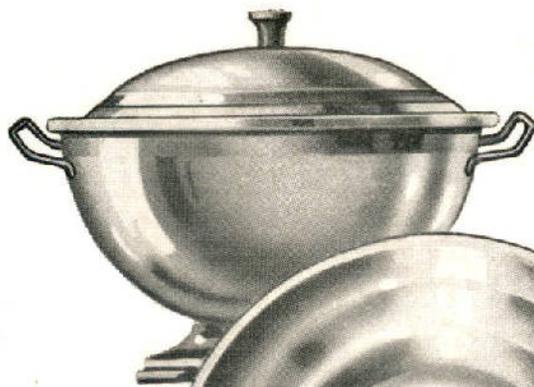
a Base é sua segurança

**ENGENHARIA
DE
FUNDAÇÕES
S/A**



**BAIXELAS E TALHERES DE
AÇO INOXIDÁVEL**

Fractalanza



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

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



À VENDA NOS DISTRIBUIDORES DOS PRODUTOS DA

METALÚRGICA FRACALANZA S.A.

PROGRESSOS DA MEDICINA E ORGANIZAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR NA SUÉCIA

b) O aborto legal.

A prática privada do aborto é considerada crime e a punição severa. Contudo, há o aborto legal, concedido em determinadas circunstâncias. Solicitado o aborto legal, o caso é julgado por uma comissão constituída de professores de medicina, sociólogos, psicólogos. Se o nascimento de uma criança importa no desmoronamento da vida da mãe, ou em sofrimento certo para o futuro ser, o aborto legal pode ser concedido. Por exemplo, se uma moça nórdica concebe uma criança do livre amor de um negro, se este não pertence ao país e não quer ou não pode assumir as responsabilidades do seu ato, o nascimento desta criança será considerado nocivo à própria criança, à mãe e à sociedade. Se a mãe não requer o aborto é porque está disposta a arcar com as consequências do seu ato e lutar pela felicidade da criança: esta será bem-vinda se nascida. Contudo se não há desejo em que nasça a criança, quer pelo pai como pela mãe, se as condições econômicas dos mesmos são precárias, então considera-se que a criança de cor será um ser desambientado na sociedade, podendo trazer problemas à comunidade.

Outro exemplo: Uma menor de 14 anos, logo ao iniciar seu curso ginasial, tendo grande aptidão para o estudo e alentadas perspectivas para o futuro, concebe uma criança. Considera-se que esta menor não está preparada psiquicamente para tal parturição, que terá que interromper seus estudos e inutilizar todos

os planos de sua vida. Se ela não quer conceber a criança, se seus pais se revoltam com o fato e não estão dispostos a adotá-la, o aborto legal poderá ser concedido.

Finalmente, em casos de doenças hereditárias, de doença infecciosa grave transmissível, o caso será julgado sob o ponto de vista puramente médico, sem nenhuma consideração de ordem religiosa.

d) O preparo da gestante.

Cursos sobre os cuidados a ter com o recém-nascido. Esclarecimentos sobre a dietética infantil, aulas práticas em creches, lactários, berçários são ministradas às gestantes. Ao mesmo tempo a gestante é seguida por médicos, indo periodicamente aos postos especializados para tal fim.

e) Assistência na parturição.

Atualmente, 90% dos partos se processam em hospitais. Existem 4.000 leitos para a maternidade no país distribuídos e avaliados de acordo com o índice demográfico dos distritos e com o índice de natalidade. Este número de leitos tem se mostrado suficiente

devido ao serem ocupados apenas durante 10 dias por cada gestante. Cada leito corresponde, assim, a 36 gestantes anualmente.

Cerca de 1.200 obstetrias atendem as parturientes: 600 nos hospitais e 600 a domicilio. A obstetria, após o curso de enfermagem de 2 anos, estagia durante 16 meses em Escolas de Obstetria. Como as demais enfermeiras, são solteiras e a profissão cessa com o casamento.

A assistência à gestante é grátis e o alto padrão de serviço hospitalar faz com que todas as classes sociais procurem as instituições governamentais. O cliente poderá ter melhores acomodações (quartos especiais) ou a assistência de obstetras de sua confiança, mediante taxas especiais pagas ao Hospital e ao facultativo escolhido.

Entretanto, o serviço gratuito é de alto padrão satisfazendo todas as exigências médicas.

f) **Cuidados imediatos pós-natais.**

Anexas aos leitos maternais funcionam todas as instalações adequadas aos cuidados imediatos pós-natais. Berçários, lactários, salas de operações, salas de raios X, laboratórios, farmácias, enfim tudo o que há nas maternidades padrões, coloca-se ao lado das salas de parturição. O recém-nascido é socorrido por pessoal técnico de alta especialização.

g) **Creches e parques infantis.**

Dado o fato de a quase totalidade das mulheres suecas trabalharem, as creches e os parques infantis são de grande necessidade. A mãe sueca não trabalha quando o marido ganha bastante e satisfaz todas as necessidades da família. Em muitos casos são os avós que não mais trabalham e tomam conta das crianças, enquanto os pais trabalham. Quando a mulher é divorciada, ou mãe solteira, costuma deixar as crianças na creche, no parque infantil ou na escola durante as oito horas de seu trabalho.

Existem creches públicas, filiadas ao Estado, onde se paga 150 corôas (Cr\$ 2.850,00) mensais por criança; existem creches nas fábricas, nos hospitais, nas grandes repartições públicas, onde o pagamento é módico e descontado em folha de vencimentos.

Nestas creches existem todas as acomodações necessárias à recreação, alimentação, repouso, etc. da criança. A mãe trabalha perfeitamente tranquila, pois sabe que suas crianças estão sob rigorosos cuidados. Médicos de saúde pública, dentistas, psicólogos, enfermeiras, cuidam das crianças. Em geral, a mãe que não tem com quem deixar sua criança passa na creche a caminho do seu trabalho, logo bem cedo e, à tarde, recolhe-a.

g) **Higiene escolar.**

Na escola a criança está sob constante observação médica. Ela tem uma refeição gratuita, feita segundo os mais rigorosos preceitos dietéticos; é vacinada, examinada periodicamente e seus dentes conservados em perfeito estado, mercê de assistência odontológica, também gratuita.

h) **Recreação infantil. Férias.**

Parques recreativos, campos de patinação, brinquedos, esportes de toda a natureza, piscinas aquecidas, bibliotecas infantis, funcionam paralelamente às salas de aula, alternando-se as obrigações escolares com a recreação e o desenvolvimento físico da criança.

No inverno, quando tudo é branco, vêm-se os imensos parques onde as crianças, em suas roupas coloridas e quentes, brincam em plena liberdade, sob os cuidados de educadores especializados. Brinquedos de todos os tipos servem aos folguedos. Até caminhões e locomotivas a vapor de verdade, servem para excitar a

mente e o entusiasmo das crianças. Elas rodopiam no gelo brilhante e liso como uns pequenos "papangús" coloridos, coradas, louras, com os olhos verdes cintilantes, parecendo brinquedos de loja animados.

Anualmente as crianças são levadas a campos de férias, arranjados especialmente para tal fim. Suas mães as acompanham mediante pequena taxa. A viagem, o alojamento da criança são inteiramente gratuitos. Ônibus especiais, trens especiais, coloridos, embandeirados, levam as crianças em cruzeiros pelo país, em excursões recreativas e ao mesmo tempo instrutivas.

A criança é sagrada. Ela representa a continuidade da raça, dos costumes, das tradições, das riquezas e da felicidade do povo.

5) **ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR.**

O regime socialista sueco, o partido que está no poder, o rei, a consciência do povo, estão perfeitamente convencidos e concordam plenamente em que o trabalho é só o trabalho representa, realmente, a riqueza e pode assegurar a felicidade de um povo. O dinheiro, os bens imóveis, nada representam sem o trabalho. O dinheiro sem o trabalho queima-se, desaparece; os bens imóveis são mortos se não animados pelo trabalho. Toda a legislação sueca funde-se em uma sentença: facilitar o trabalho, promover o trabalho, defender o trabalho.

O homem ou a mulher são sagrados quando trabalham. No seu posto de trabalho o cidadão é rei, é intocável. As intempéries do clima, a necessidade de uma luta constante pela sobrevivência deu ao povo sueco esta consciência do trabalho. Mas, se o trabalho é necessário, se é uma imposição da vida, as condições em que foi estabelecido tornaram-no não um motivo de sofrimento, um fator de escravização, mas uma fonte de prazer, de objetividade em face à própria vida. O ambiente de trabalho, o conforto no trabalho, são tratados com o máximo empenho. Procura-se transformar o trabalho num prazer e, tenha-se a certeza, os suecos o conseguiram. Em se observando homens e mulheres no trabalho, têm-se a impressão que estão divertindo-se, que fazem a coisa mais importante de suas vidas.

O uso da máquina em grande escala, foi fator primordial para tornar o trabalho leve e confortável e, como a grande maioria dos indivíduos produz, a quantidade de trabalho requerida de cada, parece ser bem menor que a realizada pelos poucos que trabalham nos países capitalistas. O que se torna interessante é a massa de trabalho total realizada pelo povo e, com o aumento do número dos trabalhadores, a aplicação de métodos de coordenação e o uso sistemático da máquina, têm-se a impressão que dia por dia há menos necessidade de esforço individual isolado para a manutenção do ritmo da produção.

As leis trabalhistas, os ideais trabalhistas certamente não diferem dos que se procuram aplicar nos demais países civilizados. A aspiração suprema de perfeição é a mesma. O que diferencia a Suécia dos outros países é a perfeição atingida na aplicação destas mesmas leis e ideais.

A religião do trabalho, o espírito reto de disciplina e responsabilidade, o respeito pelo homem ou mulher que trabalha. A aplicação homogênea destas leis a todos; a obediência aos que ocupam cargos superiores nos lugares de trabalho. O diretor de um fábrica não é um capitalista, pensando apenas nos lucros, mas um general que se empenha numa batalha pela vitória do trabalho. Ele procura dia a dia métodos mais racionais de produção e de melhoria de condições para o trabalho. Ele sabe que o aperfeiçoamento do que fabrica depende do maior desenvolvimento intelectual do operário, de sua especialização, do aperfeiçoamento do seu trabalho.

Percorramos uma grande fábrica de aparelhos médicos em Estocolmo. Vejamos o edifício de linhas modernas, a ausência de cha-

minés nos seus cimos porque tudo lá dentro é movido pela eletricidade.

A rua está calma, só se ouve o ruído deslizante das máquinas. Jardins gramados rodeiam-no. Subamos à administração. Vasta sala onde se arma a exposição dos produtos da fábrica. A cabine de telefonista está cheia de moças ativas. As comunicações telefônicas evitam muito desperdício de tempo e esforço. No interior da fábrica as comunicações são feitas por ditafones diretos. Ordens circulam rapidamente entre as diversas sessões.

Percorramos os longos corredores farrados de plásticos bem limpos e de côres leves e alegres. Muitas portas. Em cada uma delas o nome do engenheiro que coordena o trabalho de uma secção. Cada é especializado em determinada máquina, em determinado setor. Há um engenheiro químico, outro electricista, outro que entende de bombas aspiradoras, outros de válvulas eletrônicas. Nas suas salas particulares estudam, pensam, fazem planos de trabalho cada vez mais aperfeiçoados.

Escritórios, contabilidade, arquivos, secções para desenhos de projetos, técnicos, auxiliares, moças estenógrafas em diversas línguas, tudo se move e ao mesmo tempo parece parado, tal a coordenação dos movimentos, a planificação do trabalho.

Vejamos as oficinas. Operários, todos de macacões azuis, nos seus postos, nas suas máquinas. Têm rádios para ouvir enquanto trabalham. Quasi todos estão sentados acomodados.

Um carro-bar com moças em aventais brancos distribue café, doces, refrescos.

Soa a sirena. Após ligeira pausa os operários enchem o vasto refeitório. As mesas e cadeiras de aço inoxidável com tampo farrados de plásticos. Quadros nas paredes, flôres em jarros. A refeição tem por base: leite, queijos, pão, carnes, peixes, verduras. Foi confeccionada visando a aplicação do número de calorias necessárias à saúde do homem que trabalha.

Há também um intervalo para recreio no pátio. Algumas fábricas submetem todos, chefes e subordinados a alguns minutos de ginástica.

Num outro refeitório estão os membros diretores e os engenheiros. A refeição é a mesma servida aos operários. Há uma sala de fumar onde se conversa após a refeição.

O trabalhador goza de toda a segurança e de todas as regalias que as leis mais avançadas dos países mais civilizados determinam; o salário mínimo é em torno de 1.200 corôas (Cr\$ 22.800,00). Entretanto ele tem escola gratuita para seus filhos; casa e apartamento com alugueres que representam 10% do salário; assistência médica, odontológica grátis; asilos e pensões na sua velhice e funeral pago pelo Estado.

Um operário vestido a rigor, passeando com sua família, não é distinguível de um médico, engenheiro ou mesmo do primeiro ministro. Ele não tem automóvel, tem sua motocicleta; sua mulher e sua filha bicicletas, seu filho patina no parque infantil, as torneiras de seu apartamento jorram água quente, seus sapatos são sólidos e a roupa bem cuidada. Ele tem orgulho de ser um cidadão útil e tão respeitável como qualquer outro do seu país e, fóro do trabalho, em condições de igualdade com os demais.

Nunca se vê um homem com um fardo às costas. Há máquinas para tudo, há pequenos carros elétricos que levam, suspendem, trazem os objetos. Tudo é estudado e previsto com rigor e, por toda Suécia, há uma só ordem, um só asseio, uma única paisagem física e humana. Tirante os 3.000 lapões, perdidos nos gêelos, polares, resistindo ao sistema civilizado, em toda parte, na fábrica, na fazenda, no escritório, na escola, o padrão de vida é equivalente. Não existem soluções parciais, é um grupo hu-

mano homogêneo onde só existem pequenas diferenças materiais, grande respeito pela hierarquia dirigente e nenhuma diferença quanto ao valor intrínseco do ser humano.

6) ASSISTÊNCIA À VELHICE.

Na Suécia há muitos velhos. A longevidade é a regra principalmente, entre as mulheres. É comum contar-se 40 anciãs numa praça ou 15 delas em um veículo coletivo. O número de anciãs já se torna problema para o estado. Os velhos são saudáveis, resistentes, calmos e, de certo modo, não inativos. As casas que vendem gêneros alimentícios (konsuls) contam em sua freguesia com grande maioria de anciãs. Elas compram os mantimentos, cuidam da limpeza dos lares, das crianças, ou executam trabalhos leves. A legislação suêca, o sentimento do povo coloca o velho em lugar de destaque. O velho é um filho querido da sociedade e do Estado. Ele merece cuidados e carinhos como as crianças.

Todo velho, homem ou mulher, recebe 100 corôas (Cr\$ 1.900,00) do govêrno. Muitos vivem com suas famílias, com os filhos casados, ou sublocam quartos em prédios centrais. De qualquer modo, não há a indigência. Se um ancião não tem do que viver conta com os magníficos asilos que os tratam como hóspedes em hotéis de boa classe.

Há asilos também para velhos alienados, paralíticos, cegos, etc.

Se se visita um desses asilos vêem-se o asseio, a calma, a alimentação adequada, a assistência médica constante, a recreação, os mil cuidados que se deve ter com o organismo senil e o espírito cansado.

O asilo para velhos não é uma casa de caridade. Os anciões não são indigentes a implorar a caridade pública ou estatal. Eles se sentem como pessoas que têm direito ao tratamento que lhes é dado. Foram trabalhadores, lutaram pelo seu país, são os avós dos que ora labutam e que mais tarde também serão velhos. Há uma consciência social que não admite diminutivos depreciativos para quem não mais pode trabalhar. Se a criança representa o futuro, o velho representa o passado que deu frutos que condicionaram o presente. E não se faz tal assistência com sentimentos religiosos ou de outra natureza. É um fato objetivo, uma necessidade pública, uma ação tão natural e importante para a felicidade coletiva como aquela de trabalhar-se. Numa sociedade de consciência coletivista não se admite a felicidade isolada do indivíduo sem que não haja a felicidade de todos os elementos que a formam.

7) A ORGANIZAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR.

Este capítulo subdivide-se em três partes:

- a) A profissão médica.
- b) A organização administrativa da saúde pública.
- c) O planejamento hospitalar.

a) A profissão médica

Na Suécia existem quatro Universidades: as Universidades de Stockholm e Gotemburg e as Cidades Universitárias Upsala e Lund. As Faculdades de Medicina das quatro Universidades aceitam 400 estudantes anualmente. Tal cota é prevista pela Junta de Saúde do Estado, conforme as necessidades que o país tenha para preencher seus quadros médicos e conforme as instalações de ensino.

O curso médico consta de um curso pré-clínico (matérias básicas — 4 anos) e de um curso clínico, (2 anos). O estudante costuma ingressar na Faculdade aos 19 anos e, aos 25, terminado o seu

curso, requer licença para exercer a medicina à Junta de Saúde do Estado. Após finalizado o Curso, o licenciado ingressa num Hospital onde permanece 5 anos como interno, até que a Associação Médica Suéca lhe dá a licença para exercer uma especialidade ou para ser um internista-geral.

Terminado o internato e licenciado, tendo além disso feito diversos Cursos de Pós-graduação, o licenciado escolhe três caminhos:

- a) Torna-se um médico livre, para exercer a clínica ou a especialidade por conta própria; b) Torna-se um médico-hospitalar ou
- c) Torna-se um Oficial de Saúde.

Existem, atualmente, na Suécia, 5.600 médicos. (1 para 1.200 habitantes). Cerca de 5.000 estão no Serviço ativo. O gráfico n.º 3 que se segue é demonstrativo:

PROFISSÃO MÉDICA NA SUÉCIA EM 1955

População do país 7.000.000 — 1 médico para cada 1.250 habitantes



I — Internos nos Hospitais.

Ganham 20.000 corôas e trabalham em regime de tempo integral. Obedecem aos médicos-adjuntos.

II — Médicos Hospitalares.

Em cada hospital existe o chefe-médico (com salário de 30 — 40.000 corôas anuais, podendo exercer clínica no hospital), os chefes de Departamentos (30.000 corôas, clínica hospitalar), e os médicos-adjuntos (20.000 corôas, sem clínica hospitalar). Os chefes de departamentos são em geral docentes ou professores das universidades, após defesas de tese e apresentação de currículo e os médicos adjuntos lutam entre 10-20 anos para obterem tais postos.

Os chefes de departamentos são escolhidos pelo chefe do hospital e a junta hospitalar (todos os chefes de departamentos) e apontados à Junta da Saúde Pública do Estado. O chefe do hospital é escolhido pela Junta de Saúde do Estado e apontado ao Rei e seu Conselho. Os chefes de Hospitais são chamados a dar conselho no Gabinete Real quando se tratam de questões técnicas.

III — Oficiais de saúde.

São encarregados pela saúde pública nos distritos das cidades ou do campo; cada oficial para cerca de 400.000 habitantes. Encarregam-se da profilaxia nas escolas, fábricas, sociedades. Pra-

ticam a vacinação, a luta contra epidemias, a fiscalização de gêneros alimentícios; fazem visitas a enfermos em leito e ganham pequena comissão por visita. (Ordenado 20.000 corôas).

IV — Médicos na administração, ensino, pesquisa e forças armadas.

Ocupam os mais diversos postos, desde o de diretor geral da Junta de Saúde Pública do Estado até o magistério secundário, o oficialato nas forças armadas. Os salários são tão altos quanto os dos médicos hospitalares.

V — Médicos liberais com clínica privada.

Exercem a medicina-liberal, tendo consultórios e pequenos hospitais privados; cobram consultas livremente, estipulando seus preços, não gozam das garantias do Estado. São na maioria especialistas e vivem nas grandes cidades.

De um modo geral o médico goza de boa situação econômica. Tem sua casa própria, seu carro, veste-se bem, viaja ao estrangeiro em suas férias anuais, mantém a família com todo o conforto.

Sua situação social é excelente. Há grande respeito e consideração para com o médico. Suas opiniões são acatadas, os remédios só são comprados mediante receita sua e desconhece-se o charlatanismo.

O médico é muito cioso das suas prerrogativas e mantém comportamento exemplar. Sua integridade profissional, sua honestidade tornam-no respeitado na sociedade.

Não havendo a comercialização da medicina, o médico tem como meta primária subir de posto na hierarquia da carreira afim de ter melhor ordenado, estudar e fazer pesquisas para merecer tal ascensão, proceder bem para salientar-se. A promoção aos cargos mais elevados obedece a rigoroso critério e, além da proficiência profissional, toma-se em conta sua conduta moral, seus predicados pessoais. O homem é pesado em tôdas as suas virtudes e defeitos e verifica-se qual o candidato mais eficiente ao preencher a função a que se destina.

O gráfico n.º 4 é esclarecedor quanto aos postos hierárquicos que o médico pode atingir após sua graduação em uma das quatro universidades.

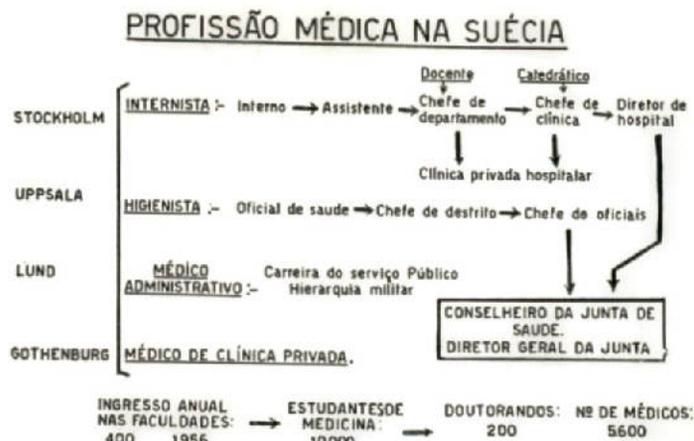


Gráfico n.º 4

Médicos não enriquecem na profissão. Eles se realizam como médicos. O prazer do dever cumprido, a satisfação do estudo e pesquisa, a perfeição do trabalho, a descoberta de novos métodos, a projeção de seus nomes no país e no estrangeiro, a aspiração suprema de atingirem a cátedra, os postos de direção na administração da saúde pública, tudo isso enche a vida do médico tornando-a plena de objetivos, de perspectivas novas que se sucedem.

Ser catedrático na Suécia é ser general de divisão do exército nos países militaristas, é ser bispo, é ser cardeal nos países católicos. Sua opinião pesa nas comissões técnicas que procuram aperfeiçoar o sistema administrativo para a saúde pública, ele é chamado ao conselho do rei para consultas sobre assuntos de sua especialidade...

A luta pelo enriquecimento deixa de ser o fim supremo da vida quanto o regime socialista equilibra economicamente a sociedade. Não há meios para ganhos excessivos. O máximo que se consegue é um aumento relativo do conforto, a constituição de um fundo de reserva mais ponderável. Do apartamento alugado, passa-se à casa comprada no aprazível subúrbio da cidade, ao automóvel, à lancha num braço de mar, à casa campestre para as férias do verão.

Para o médico, tudo isso é possível desde que galgue os postos hierárquicos da profissão, que estude e se aplique no trabalho honrado. Docente, catedrático, chefe de hospital, chefe dos oficiais de saúde, terá gordo salário, gozará de situação econômica privilegiada.

Considerações à parte merece a Associação Médica Suêca. Constitue-se de cerca de 90% dos médicos do país. Possui sede central na capital e centros por todo o país. Zela pelo "standard" de vida do médico, achando-se intimamente ligada à Junta de Saúde do Estado, com a qual discute os problemas num sentido de colaboração e não de luta. Ademais zela pela ética profissional, expede licenças para especialistas, pune os que prevaricam no exercício da profissão, cujos nomes são impressos no jornal da Associação, tendo mesmo poderes para a cassação de diplomas. De um modo geral o médico é respeitado pelo público e não há charlatanismo. A prática do aborto legal, a necessidade do receituário para a aquisição de medicamentos, a ausência de propaganda médica na imprensa ou algures, são fatores decisivos que impedem a intromissão de elementos colaterais para-médicos nos atributos da profissão e que impedem a "comercialização da Medicina. Cada médico é como cada cidadão: é o fiscal de si próprio é a honestidade é uma característica geral do povo.

b) A organização administrativa da saúde pública.

O que mais facilita a perfeita organização administrativa da Saúde Pública é a divisão do país em 24 distritos ou províncias, não obedecendo a extensões territoriais equivalentes mas ao número de habitantes. Assim, cada distrito tem cerca de 400.000 habitantes, sendo tanto mais extensos quanto menor o índice demográfico. A cidade de Estocolmo por exemplo, com 1.000.000 de habitantes está dividida em três distritos.

Cada distrito ou província não apresenta administração própria apenas no tocante à saúde pública mas a todos os problemas governamentais. É assim que têm as suas escolas, hospitais, polícia, corpo de bombeiros, departamento de correio e telégrafo, etc. obedecendo ao sistema distrital, ligado ao conjunto geral administrativo municipal e do país.

A divisão e sub-divisão administrativa que em geral oferece campo propício à burocracia e complica o aparelhamento estatal não apresentou tais defeitos na Suécia. O perfeito senso de disciplina e responsabilidade, a honestidade de dirigentes e dirigidos, tornaram o funcionário público suéco tão eficiente quanto o empregado de uma empresa particular. A divisão distrital aperfeiçoou a administração, tornando-a minuciosa, resolvendo os problemas nos seus mínimos detalhes.

Controlando os serviços distritais há a organização central administrativa que nêles se ramifica, formando um todo único e harmônico. Assim é que todos os processos administrativos se enfeixam nas mãos da Junta da Saúde Pública do Estado, organismo de alçada superior, dependente apenas do Conselho do Rei.

O conselho do rei associa membros representativos das forças vivas da nação. Nêles sentam-se os ministros, chefes dos partidos políticos e representantes do parlamento, chefes militares, membros da alta nobreza, forças que contrapesam as tendências políticas e mantêm o equilíbrio social e políticos do país.

A Junta de Saúde Pública do Estado, organismo supremo como os demais que regem o Estado, é formada por conselheiros e assessores técnicos que representam os maiores especialistas do país, em geral professores catedráticos. Não há política administrativa, pois que tais postos são atingidos hierárquicamente, através de concursos, produção de trabalhos, desempenho de cargos de chefia, representando o fim de carreiras médicas gloriósas.

O gráfico 5 esquematiza o plano-base da administração de saúde pública, com seus departamentos e as interrelações dos mesmos.

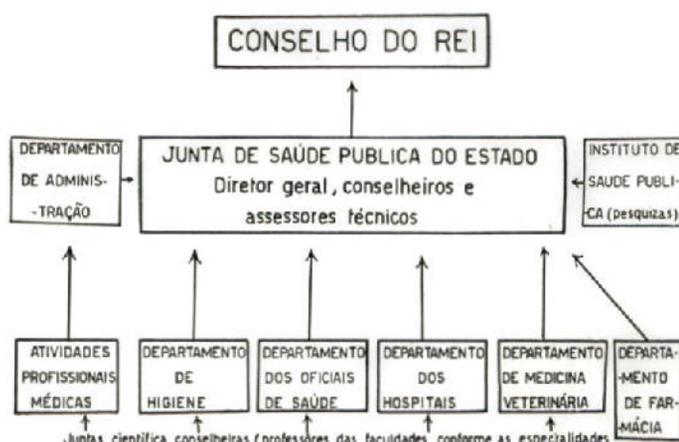


Gráfico n.º 5

Não existe a intromissão de leigos em problemas médicos. Os funcionários administrativos não-médicos cuidam da parte administrativa pura, no setor para-médico ou não médico. Todos os postos obedecem a rigorosos critérios hierárquico e somente a capacidade para seus preenchimentos, ao lado dos direitos adquiridos pesam na formação do quadro de funcionários públicos.

c) Planejamento hospitalar.

A medicina curativa na Suécia é essencialmente hospitalar. O doente, mesmo acometido de mal leve, logo recorre ao hospital mais próximo da sua residência. Se não pode locomover-se a ambulância o leva, prontamente, ao primeiro chamado telefônico.

Pelo fato de cada distrito ter um grande hospital central, com posto de pronto socorro e carros-ambulância em número proporcional aos chamados, qualquer pedido telefônico é imediatamente atendido. Há sempre carros livres e os percursos são curtos.

O doente sabe que no hospital êle contará com todos os recursos da medicina moderna, com a dedicação dos melhores profissionais e um serviço de enfermagem perfeito. Sabe ainda que no hospital do seu distrito pagará apenas a taxa de 40 corôas (Cr\$ 19,00) por mês para ter um leito e todo o tratamento necessário, inclusive operações. A confiança no tratamento hospitalar, a certeza de encontrar um leito vazio à sua espera, fazem com que o doente, mesmo de classe elevada, recorra ao hospital público-estatal, logo que sinta os primeiros sintomas de sua moléstia.

O hospital mantido pelo Estado não é, na Suécia, um hospital para indigentes. Não é um anteparo para a miséria do povo. É um local onde se pratica a medicina de mais alto padrão e a que todo cidadão tem direito de recorrer. O cidadão suéco sabe que o dono do hospital é o próprio povo, que aquela é uma casa do povo e, assim, sente-se no direito de desfrutar seus serviços.

Não há nenhuma restrição de ordem social, nenhum acanhamento ou humilhação em uma pessoa recorrer ao hospital. Todos, desde o rei ao operário, nele se internam se necessário.

Embora as instalações hospitalares sejam do mais alto padrão e seu corpo clínico e de especialistas seja formado de médicos competentes, o doente que queira desfrutar de quarto particular especial e também consultar um médico de sua predileção, poderá gozar tais privilégios mediante o pagamento de taxas adicionais. Em cada distrito existe um hospital central, em sua capital, hospitais médicos em cidades pequenas e hospitais pequenos nas fazendas. O gráfico 6 esquematiza um distrito padrão com sua organização hospitalar.

Ao mesmo tempo vê-se que há uma média de 75 oficiais de saúde zelando pela medicina profilática distrital.

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA 24 DISTRITOS.

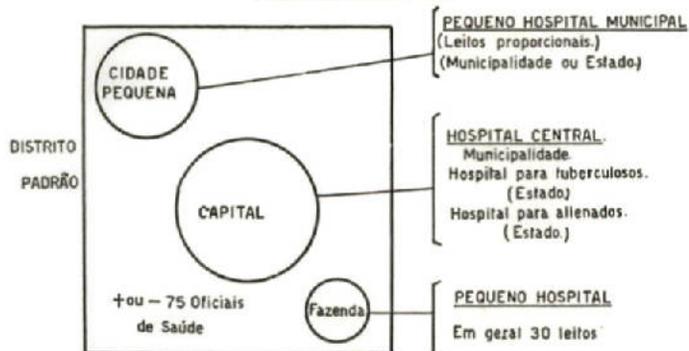


Gráfico 6

DISTRIBUIÇÃO E CUSTO DOS LEITOS HOSPITALARES NA SUÉCIA

O número de leitos é, atualmente, de 80.000, um para cada 87 habitantes.

Tais leitos repartem-se em 47.000 para medicina em geral, 20.000 para psicopatas, 9.000 para tuberculosos e 4.000 para maternidade. A disparidade entre tais números, seja visto o fim a que se destinam, tem sua razão de ser.

Por exemplo: existem 20.000 leitos para psicopatas porque os doentes que os ocupam ou são, via de regra, casos incuráveis ou requerem tratamento prolongado. Se se considerem 80% desses doentes incuráveis então teríamos 16.000 psicopatas graves e 4.000 com doença transitória, numa população de 7.000.000 de habitantes.

Ao contrário do leito para psicopatas, o leito maternal só é ocupado durante 10 dias pela gestante. Dêsse modo, um leito acomoda 36 gestantes anualmente, ou seja, corresponde a 36 leitos com doentes crônicos ou incuráveis.

Os leitos para tuberculosos estão sendo gradativamente adaptados para outras especialidades, dado o desaparecimento da moléstia. Em 30 anos (1920-1950) a mortalidade por tuberculose caiu de 5 para 2 por ano em cada 10.000 habitantes. A tendência é reduzi-la a 0.

Os sanatórios, mantidos pelo govêrno central e não pelos municípios, estão sendo transformados em hospitais para outros fins.

O gráfico 7 é esclarecedor.

Número de leitos no país	80.000
Número de habitantes por leitos	87,5
Número de leitos por cada 1.000 habitantes	11,5

Leitos para as especialidades diversas de clínica e cirurgia	47.000
Leitos para psicopatas	20.000
Leitos para tuberculosos	9.000
Leitos para maternidades	4.000

Preço do leito-dia SW. Kr.	40
Preço diário dos 80.000 leitos SW. Kr.	3.200.000
Preço anual dos 80.000 leitos SW. Kr.	1.168.000.000

Gráfico 7

O cadastro torácico pela radio-fotografia é feito rigorosamente, nas fábricas, escolas, fôrças armadas, clubes, associações e o tuberculoso é logo isolado. Desde o nascimento até a morte, o indivíduo é controlado, examinado periódicamente. A par das medidas profiláticas, da cura pelos antibióticos modernos, há a cirurgia torácica muito desenvolvida, contando com departamentos do mais alto padrão nos grandes hospitais.

Em geral o grande hospital central distrital conta com departamentos para todos os ramos da medicina, excetuando-se o isolamento para tuberculosos ou outras doenças epidêmicas. Apenas, quando não se trata de hospital em edifício monobloco, pavilhões isolados acomodam tais doentes.

Na cidade de Estocolmo, com 1.000.000 de habitantes, existe o Hospital do Sul (Södersjukhuset), com 1.500 leitos, o maior da Europa, na zona sul; o Hospital Karolinska (åarolinska Sjukhuset), com 2.500 leitos, na zona norte; o Hospital de S. Sebastião (Sabbatsberg Sjukhuset) com 1.000 leitos, na zona leste, e vários outros, menores, além dos Hospitais especializados para psiquiatria, tuberculose, crianças.

Nos dois modernos hospitais Södersjukhuset e Karolinsk Sjukhuset, 50% das instalações são "quartos-leitos" para 1 ou 2 doentes e 50% são as instalações para diagnóstico e tratamento. Passue cada destes hospitais: apartamentos para enfermeiras, escola de enfermeiras, cosinho, central, restaurantes, lojas, bares, barbearias, cinema, parques, piscinas, campos de esportes, abrigos anti-aéreos, anfiteatros, salas de reunião, bibliotecas, lavanderia, cheches. Com uma população diária de cerca de 5.000 pessoas, são perfeitos organismos onde cada parafuso tem seu lugar. Só no Soder Sjukhuset existem cerca de 50 aparelhos de Raios X. Electrocardiografos contam-se às vintenas no Serviço Central de Cardiologia. Não existem enfermeiros, Homens trabalham nas tarefas pesadas: transporte, limpeza, maquinário... As enfermeiras não podem ser casadas. Moram em prédios de apartamentos, com todo o conforto, próximos ao Hospital.

Notável é a cozinha, toda elétrica, com a distribuição de alimentos em pequenos trens elétricos subterrâneos que conduzem a cada Pavilhão. Nos refeitórios o funcionário, enfermeira ou médico entrega o talão de refeição e êle mesmo se serve e conduz seus pratos e talheres servidos para a seção de limpeza. Não existem distinções ou privilégios. Todos são iguais quanto à vida física, distinguindo-se apenas na vida intelectual. Professôres levam suas bandejas para a mesa e levam seus pratos servidos para a limpeza.

A lavanderia central de um grande Hospital lava até 15.000 quilos de roupas diariamente, pois a instalação é aproveitada para lavar a roupa de hospitais menores das vizinhanças.

Os doentes gozam de todo o conforto. Dispõe de varandas amplas, bibliotecas apropriadas, parques, cinema, concertos musicais, rádios...

Todos o sistema de comunicações é feito por telefone, microfones, ditafones e há um porquê para cada minúcia. Tudo está perfeitamente previsto, estudado, orçado, conforme estatísticas que se fazem da maneira dinâmica.

Cada Hospital Central, sediado na capital de uma provincia, possui:

- 1 — Departamento de Medicina Interna.
- 2 — Departamento de Cirurgia.
- 3 — Departamento de Nariz-garganta e olhos.
- 4 — Departamento de Pediatria.
- 5 — Departamento de Radiologia.
- 6 — Departamento de Obstetrícia.
- 7 — Departamento de Ginecologia.
- 8 — Departamento de Psiquiatria.
- 9 — Departamento de Dermatologia.
- 10 — Departamento de Doenças Epidêmicas.
- 11 — Departamento de Laboratórios para Bacteriologia - Física - Química - Fisiologia - Patologia.

O que constitui o grande segredo que garante a eficiência destas organizações, bem como de tudo o que se faz no país, é a proverbial eficiência dos suécos.

O suéco, como o escandinavo em geral, tem um espírito objetivo, matemático, prático. Para êle não existem fenômenos que não

tenham causas explicáveis. Mas, a explicação é consequência da observação e da experiência. Não se lança êle em elocubrações de ordem teórica nem procura vestir seu pensamento com imagens para encontrar as soluções mentais. Êle observa e constata, torna a repetir a experiência, vê as causas de êrro, corrige-as, torna a repetir... Não lhe importam nem a metafísica, nem os jogos da inteligência. A imaginação não conta para nada. Imaginação é arte, é poesia, é outra coisa e não pode ser misturada com os objetos sérios do seu trabalho. A linguagem é sêca, concisa. Não perde tempo com rodeios, vai direito ao assunto. Outro ponto essencial é o espírito de equipe no trabalho. Nada faz sem discutir com os que também entendem do mesmo problema. Sabe ouvir, sabe calar, não se ofende se o outro tem razão: agradece-lhe a lição. Sabe esperar, tem muita paciência e o tempo não corre quando se trata de atingir a meta almejada. Mas não é um tempo perdido, é um tempo de trabalho metódico e lento, feito com segurança. Há um bom senso universal. Um senso comum e equilibrado. As soluções encontradas são aceitas até que aperfeiçoadas. Ninguém se lança em aventuras, não existem sonhos de Ícaro, nem Dons Quixotes. A perfeição é a meta ideal e está nas pequenas coisas. Um ponto mínimo é longamente discutido. Gastam-se horas, dias, meses, anos se necessário. Há uma introspeção profunda, um pensamento no silêncio, depois os olhos azuis rutilam, uma palavra é dita e a experiência mais uma vez repetida. Quem vê o fenômeno Suécia de relance não percebe tais pontos. Não vai ao fundo das coisas na profundidade em que os suécos se encontram, e, penetrando nos seus pensamentos, metódicamente, atingiram regiões ainda não atingidas por quem os observa.

O SEGURO DE SAÚDE

Cerca de 90% da população paga o Seguro de Saúde, cerca de 5% do salário. Tal seguro dá direito ao cidadão para escolher o médico de sua predileção. Quasi todas os médicos estão no cadastro da Associação para o Seguro de Saúde e ganham entre 6 e 30 corôas por consulta, dependendo da especialidade. Dêsse modo a medicina se torna uma questão de confiança entre o doente e a médico e êste melhora sua situação econômica.

Todos êstes elementos que se concatenam. Toda a trama social que tem por fim defender não o indivíduo mas a comunidade contra a natureza, tudo se reúne, se engrena, se funde num único sistema.

Tratar da saúde pública na Suécia, sem compreender os problemas sociais, sem conhecer a economia do povo, é construir um castelo no ar.

Mas, os suécos que vivem aprisionados nas suas casas aquecidas e compram os alimentos no estrangeiro à troca de máquinas que fabricam, que pintam os postes de vermelho e vestem os cães com roupas coloridas, que olham com olhos profundos quadros que representam festas nos trópicos, que enchem de luzes o céu branco; precisam ainda de muita coisa para alegrar a vida, para ter a alegria que somente o sol, o vento, as estrélas dão.

É lembrar o único mendigo que há no país. É um cego que toca violino em frente ao teatro de variedades "Opera". Todos os anos, em determinados meses do verão, êle aparece com seu violino, bem calçado e vestido, o chapéu no chão. Seu violino é fanhoso, valsas vienenses são arranhadas. Os frequentadores do teatro, sorridentes, enchem-lhe o chapéu de moedas. Êle é como que uma continuação da peça representada. Os suécos estão contentes com o seu único mendigo. Êles se dão ao luxo de terem um mendigo.

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



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

Hospital das Clínicas de São Paulo
Vitrais e decoração da Capela

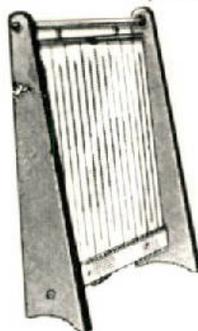
Hospital da Clínica Ortopédica de São Paulo
Painel gravado em mármore

Maternidade São Paulo
Decoração em espelho róseo

Santa Casa de Santos
Vitrais Históricos

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

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



Espelho-SOL

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

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

FORNECEMOS PROJETOS E ORÇAMENTOS

CONSULTE NOSSA MATRIZ E FILIAIS

VITRAIS CONRADO SORGENICHT S. A.



Matriz — São Paulo: Rua Bela Cintra, 67 — Tel. 34-5649 — Rua Clodomiro Amazonas, 1132 — Tel. 61-7243
Filiais: Rio de Janeiro — Campinas — Belo Horizonte — Representantes: Fortaleza — Santo André — Santos

SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO EM HOSPITAIS

A FORMAÇÃO DE TÉCNICOS INDISPENSÁVEIS*

DR. F. POMPEO DO AMARAL

Sr. presidente. Senhoras e senhores.

Sejam as primeiras palavras que vamos proferir, de agradecimento aos diretores deste magnífico Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, pela oportunidade que nos quiseram conceder de falar à auditório tão seleta, sobre problema da mais palpitante atualidade, qual seja o da constituição de serviços de fornecimento de alimentação em hospitais, com seus corolário obrigatório, que se traduz na formação de técnicos indispensáveis. Ficaremos satisfeitos se as considerações que vamos tecer, ditadas pela nossa modesta competência no assunto, forem capazes de apressar a remoção de dificuldades facilmente caracterizáveis, as quais criam verdadeira situação de constrangimento para a medicina nacional.

Experimentaremos, para começar, fazer exame retrospectivo, embora muito sumário, da evolução da dietologia e da dietoterapia. Em seguida, nos reportaremos ao atraso do ensino delas, entre nós, e às consequências que acarreta. E terminaremos propondo medidas tendentes a corrigir a situação.

* * *

É na medicina helenica que aparece a dietoterapia como recurso eficiente e mesmo preponderante na terapeutica. Os discípulos de

PITAGORAS — que, com a aplicação de métodos naturais de cura, chegaram a ser considerados os melhores médicos da época, em detrimento dos padres de ESCULAPIO — foram os fundadores da terapeutica dietética, que, até então, nenhuma atenção tinha merecido e cuja importância não pode ser, de forma alguma, posta em dúvida nos dias que atravessamos. ACRON deixou vários obras em que estudou sobretudo a dietética. Novo impulso recebeu a diétoterapia de HIPOCRATES, que aprendeu, com seu mestre HERODICO, de Selimbria, a confiar mais na alimentação e nos exercícios do que em drogas. Em sua medicina, a dieta, os exercícios físicos e a exposição aos raios solares ocupavam lugar proeminente. Foi quem primeiro assinalou que o alimento, que faz bem à pessoa com saúde, pode ser-lhe inconveniente, quando enferma. E quem afirmou: "se você cair doente, a alimentação correta lhe fornecerá a maior possibilidade de cura".

ERASISTRATO — que estudou em Atenas e praticou a medicina em Alexandria, mais ou menos no ano 285 A.C. — concebia a arte médica mais como preventiva, como higiene, do que como

(*) Conferência proferida na Biblioteca Municipal de São Paulo, a convite do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares.

terapêutica. Era contrário ao uso de drogas e sangrias e aconselhava, de preferência, dieta, banhos e exercícios. Diz-se que homens como êle fizeram de Alexandria a Viena do antigo mundo médico. CELSIUS (53 anos A.C.) consagrou o terceiro volume de sua "Re Medica" à dietética nas enfermidades, sobretudo nas piroxias. SORANO, de Efeso, que viveu no segundo século de nossa era, também praticava a dietética para curar seus clientes. GALENO fez muito uso da dieta, dos exercícios e da massagem no tratamento dos doentes. E ainda concedeu lugar de destaque à dietética em suas obras, que representam o que há de mais adiantado na medicina helênica e cujos conceitos perduraram longamente. Compreende-se, pois, que a dieta tenha sido a base da terapêutica praticada no templo de ESCULAPIO, em Roma.

Mesmo na medicina de outros povos, a dietética adquiriu, desde logo, importância primordial. No tempo de YUAN CHWANG, o tratamento médico hindú começava com jejum de sete dias e, muitas vezes, só com isso sobrevinha a cura. Apenas em caso contrário se empregavam drogas (WATTERS). A dieta era dos recursos mais usados. Conta-se que CHANG-CHUNG-NING, na China, no século II, escreveu tratados sobre dietas, os quais permaneceram como padrões durante mil anos. Não foi diferente o que se passou entre os árabes. O conceito de MAHOMET, de que "o regime é o pai dos remédios" e permite a cura de sérias afecções, independentemente do emprego de medicamentos, veio sempre ganhando terreno através dos tempos, de maneira surpreendente. RHAZÉS — chamado o GALENO árabe — combatendo tendências da medicina do seu tempo, que muito se assemelham às daquela de nossos dias, sustentava ser preferível prescrever dietas a receitar drogas.

Essa foi a fase inicial da dietoterapia, cujos fundamentos eram empíricos e se alicerçavam em noções, que foram expostas não só nas obras mencionadas antes mas ainda no "Tratamento de alimentação", que ARISTOTELES, 350 anos A. C. escreveu e que se extraviou, mas deixando sinais em seu "Tratado dos animais". Pode-se verificar, assim, que, naquele tempo, já se sabia que os alimentos sofriam, no tubo digestivo, transformações que eram comparadas às produzidas pela cocção. Emprestava-se especial valor, no ato digestivo, à ação mecânica do estômago e explicavam-se, de maneira satisfatória, os movimentos peristálticos. Também se tinha idéia de que os alimentos seriam em parte absorvidos no intestino e, mais tarde, assimilados, sendo as dejeções constituídas pela fração imprestável deles. De conformidade com seu valor nutritivo, eram divididos os alimentos em fortes, médios e fracos, e, segundo certas qualidades, chamados gostosos, acres ou azedos, flatulentos, quentes e diuréticos. Alguns tinham suco mau e outros, bom. As opiniões, a respeito, que chegaram até os dias que vivemos, não procedem apenas da observação daqueles que praticavam a medicina. Desde épocas remotas, os indivíduos mais favorecidos adquiriram viva sensibilidade às qualidades de certos alimentos e bebidas. Compreende-se pois, que um dos mais velhos e extensos relatos das impressões dos gregos e romanos, concernentes às propriedades de todos os mais atraentes alimentos usados na região do Mediterrâneo, seja o de ATHENAEUS, escrito mais ou menos pelo ano 200, o qual constituiu o registro da conversação à cerca das comidas e das bebidas, entre cavalheiros reunidos em banquete. Muitos deles, sem dúvida, se sentiriam autorizados a prescrever regimes aos amigos, como fazem os grã-finos de agora... A Bíblia ainda dá-nos circunstanciada notícia das concepções, a respeito, vigentes entre os judeus, povo que também teve considerável importância em nossa formação.

Durante a noite da Idade Média — quando se chegou a constituir até tribunal religioso para manter a humanidade na ignorância — as ciências não progrediram, pelo menos no mundo ocidental, e a dietoterapia não pôde perder, em consequência, sua condição de ramo empírico da terapêutica. De resto e pelos mesmos motivos, a arte de curar era empírica no seu todo. Boa notícia dos preceitos de dietética então vigente não dão as recomendações bastante divulgadas, da celebre escola de medicina de Salerno, que prosperou durante todo êsse período da História. Na

Renascença, o gênio de LEONARDO DA VINCI presentiu alguns fatos essenciais referentes aos fenômenos que se chamariam metabólicos, fatos êsses que foram mais tarde apreendidos, de maneira quase perfeita, por LAVOISIER, que, não obstante, situava nos pulmões a sede das oxidações, que efetivamente se passam na intimidade dos tecidos. Muitas outras conquistas, relativas ao conhecimento dos alimentos e às suas transformações no organismo, verificaram-se, em segunda, sendo sobretudo devidas a LIEBIG, cuja opinião prevaleceu por muito tempo, devido à sua grande reputação.

Mas as idéias sobre os processos de nutrição no organismo esclareceram-se de maneira suficiente para a prática, graças às clássicas investigações que, a cerca deles, foram realizadas, com especial clarividência, por VOIT e prosseguidas por RUBNER. "Todo médico, que tenta fazer dietética para o tratamento de seus enfermos, sem o que não podemos pensar em obter êxitos terapêuticos — diz UMBER — apoia-se consciente ou inconscientemente sobre as noções fundamentais criadas por VOIT e RUBNER". Estavam, assim, constituídas as bases científicas que a dietoterapia reclamava para afastar-se do empirismo. E as idéias reunidas nessa nova ciência — a dietologia — foi que ATWATER, aluno de VOIT, pôde levar de volta à América, pelo ano de 1873, segundo conta CHITTENDEN, com glorioso programa de pesquisas. Alicerçados nesses conhecimentos, notáveis clínicos do primeiro quarto deste século — o francês MARCEL LABBÉ, o austriaco VON NOORDEN e os alemães UMBER e TANNHAUSER — conseguiram não só espetaculares êxitos terapêuticos mas também produziram obras fundamentais de clínica das moléstias que passaram a denominar-se doenças da nutrição e que eram a obesidade, a magreza, a gota, o diabetes e poucas mais. Os mesmos fundamentos científicos foram bastante úteis ao tratamento das moléstias do aparelho digestivo. Todavia, essa base científica ainda era precária...

Em ciência, com efeito, não existe verdade absoluta. Uma verdade serve apenas enquanto não se encontra outra melhor. Porque todo saber, toda ciência, contém parte de ignorância. Isso, todavia, não parecem compreender, hoje — diga-se de passagem — aqueles que aconselham à população que substitua carne, leite, ovos, queijo, etc., por soja, fundando-se em insuficientes noções de química biológica e de fisiologia. E não compreendia também o pesquisador norte americano ATWATER, que não era decididamente um dialeto. Acreditou, com outros investigadores, que o químico estava, naquele momento, dosando todos os importantes constituintes dos alimentos. E que as proteínas, as gorduras, os carboidratos e certos minerais seriam os únicos que os homens requeriam. Chegou a recomendar, por motivos econômicos, dietas que, se seguidas pela população, teriam provocado verdadeira calamidade. Porque eram dietas carentes de vitaminas, cuja existência ATWATER não suspeitava, embora fosse pressentida, de longa data já, por observadores mais atilados.

Pode-se assinalar o advento da dietologia moderna com a publicação, em 1912, da monografia intitulada "A etiologia das moléstias carências", de autoria do químico polaco CASEMIRO FUNK, que trabalhava, nesse tempo, em Londres, no Instituto Lister. Lançavam-se, assim, as bases da vitaminologia — parte da nutrologia, que, dentro de muito poucos anos, adquiriria importância naquele tempo verdadeiramente imprevisível — provocando-se completa revolução nos domínios da dietologia e da dietoterapia. Dietas clássicas, como a de LEUBE, para os portadores de úlcera gástrica, e a de COMBE, para os sofredores de enterite, tornaram-se, sem dúvida, defeituosas à luz dos conhecimentos de que se dispõe no presente, relativos às necessidades vitamínicas. STEPP, KUHNAU e SCHROEDER revelaram ter tido ocasião de observar avitaminoses em doentes de disenteria, de úlcera do estômago, de fistula gástrica e de colite, submetidos a dietas rigorosas e prolongadas. MORAWITZ registrou o escorbuto em doente de febre tifóide, alimentado só com mingaus e sopas. Isso, para não falar de muitas outras carências, que costumam ser assinaladas em obesos e diabéticos, sempre quando tratados com

regimes inadequados, como os que vinham sendo prescritos com fundamento na dietologia pré-vitamínica.

Por outro lado, em consequência do acervo de novos conhecimentos adquiridos, a dietologia, abrangendo a dietoterapia, alargou, de maneira impressionante, seus domínios. Não são apenas as moléstias precedentemente nomeadas — a obesidade, a magreza, a gota, o diabetes e poucas mais — que reclamam, hoje, tratamento dietético. Nem só as doenças do aparelho digestivo. Com relação a estas — indispensável é salientar — a importância da dietoterapia é, cada vez, maior. Só em meios muito atrasados é que, em nossos dias, se propõem, por exemplo, intervenções cirúrgicas, como regra, para solucionar o problema terapêutico das úlceras gastro-duodenais. Reconhece-se que apenas 20% dos casos são da alçada cirúrgica, correspondendo os demais 80% à médica, o que equivale a dizer que se situam no campo da dietoterapia. São ainda recentes também os bons êxitos obtidos com o regime de PATEK, no tratamento da cirrose hepática.

Cabe, além disso, agora, recorrer à dietoterapia em face dos estados carenciais múltiplos, de intensidade variável e associados das maneiras mais diversas. Depois, quem mais ignora, em nossos dias, que a regime alimentar apropriado é arma de primeira ordem na terapêutica, como na profilaxia, das diversas moléstias infecciosas? E não é a prescrição de dieta adequada indispensável ao êxito, no tratamento dos mais variados síndromes alérgicos? A importância da instituição de regime correto, no cuidado dos portadores de enfermidades do aparelho respiratório — sobretudo no que diz respeito à tuberculose — não é ignorada por quem quer que seja. No tratamento das moléstias cardio-vasculares, todo médico sabe que, sem cardiotônicos, sem hipotensores, etc., mas com repouso e regime apropriado, muita coisa se pode obter, enquanto que nada seria possível com os primeiros, mas sem os últimos cuidados. Em relação às moléstias renais — e mesmo às das vias urinárias, de modo geral — a correção do regime alimentar é de imperiosidade absoluta. No tratamento das anemias, ninguém desconhece os maravilhosos resultados que permite a cura de WHIPPLE, pelo fígado, que constitui das maiores conquistas da terapêutica moderna. A base do tratamento racional das moléstias endócrinas reside, por vêzes, em regime alimentar adequado, pois que boa parte de tais enfermidades decorre de falhas que se verificam na razão a que se submetiam os pacientes. Nas mais variadas moléstias nervosas e mentais, bem como em toda espécie de doenças da pele, a dieta conveniente constitui, pelo menos, importante fator adjuvante dos demais recursos terapêuticos. Em todos êsses casos, pois, as enfermidades adquirem, de maneira mais ou menos intenso, a feição de moléstias da nutrição.

Não constituirá também novidade para os ouvintes a lembrança de que a pediatria moderna está toda alicerçada nos princípios da dietética. No domínio da obstetrícia, se reconhece, hoje, que a alimentação da gestante e os distúrbios metabólicos, que porventura presente, influenciam o desenvolvimento do embrião. Grande parte dos acidentes desagradabilíssimos, que, não raro, sobrevêm no pós-parto e no puerpério, pode ser devida à alimentação mal conduzida. No que diz respeito à eclampsia, não é preciso que se tragam quaisquer esclarecimentos. No tocante à incidência da febre puerperal, os resultados da famosa experiência de MELLANBY e GREEN são particularmente elucidativos. É imprescindível, pois, alimentação correta, para levar a grávidas a bom termo e para proteger o organismo materno, durante a gestação e depois dela. No que diz respeito à cirurgia, a preparação dos hepáticos, dos diabéticos, dos basedovianos, etc. não se impõe antes de todas as operações, por menos graves que sejam? Não estão os cuidados prévios e pós-operatórios — que condicionam o êxito das intervenções, sobretudo das que se processam com narcose, praticadas nestes pacientes e em quaisquer outros — fundados, em grande parte, na adoção de conduta conveniente, sob o aspecto dietético?

Criou-se, assim, no domínio da medicina, nova especialidade, que, nos países mais adiantados, muito se tem desenvolvido nos últimos anos. O dietólogo, na prática da mesma, se funda em conhecimen-

tos de química biológica, de bromatologia, de higiene, de bacteriologia, de fisiologia, de técnica culinária e, sobretudo, de fisiopatologia. Os químicos, os higienistas, os bacteriologistas, os fisiologistas, etc. emprestam colaboração à sua ação. Mas apenas os médicos práticos, que buscam reunir os informes que as referidas ciências lhes fornecem e concluir na base deles, podem exercitar a dietologia em seus diversos aspectos, inclusive a dietoterapia.

O dietólogo não prescreve regimes para todos os indivíduos, nem para todos os enfermos, nem para todos os portadores de determinadas moléstias. A dieta, para ser racional, deve ajustar-se às condições do paciente. Ao recomendá-la, o médico terá em conta as disposições individuais, sob o aspecto fisiológico, patológico, etc. e considerará também os hábitos alimentares que o paciente em estudo costuma observar, bem como suas condições sociais, econômicas, etc. Como qualquer terapêutica medicamentosa, a alimentar não precisa apenas ser prescrita com segurança: deve ser acompanhada em seus efeitos, a fim de que sempre seja possível introduzir nela as modificações que se tornem aconselháveis, em face da diversa tolerância dos doentes e da evolução da enfermidade.

Evidentemente, clínicos não especializados em nutrição, operadores, obstetras, etc. podem tornar-se também senhores do assunto e, dessa maneira, capazes de prescrever regimes corretos a seus clientes. Ainda não há muitos anos, a Escola Paulista de Medicina fez realizar série de conferências, de alguns profissionais das mais acatadas nos vários ramos da medicina, a propósito dos problemas de dietética relacionados com seus setores de ação. É fora de dúvida que, como aliás seria de esperar-se, puderam êles revelar fartos conhecimentos da matéria. Pretender, todavia, que assim se entenda no que diz respeito a todos os clínicos seria preconizar ecletismo não condizente com as diretrizes da medicina que se pratica nos grandes centros. É tão absurdo querer que o operador ou o obstetra deva estar em condições de prescrever regimes com toda a correção como esperar que especialista em moléstias da nutrição seja capaz de amputar a extremidade gangrenada de cliente diabético.

No desempenho de suas atividades, não tardou que o dietólogo sentisse necessidade da colaboração de auxiliares convenientemente preparados. Criou-se, assim, nova profissão — a de dietista. Surgiu, pela primeira vez, há mais de 60 anos, nos Estados Unidos da América do Norte, por iniciativa de ATWATER, ao que parece. De início, foram as dietistas, nesse país, preparadas com a finalidade de intervirem em campanhas de ordem higienica. Mas, de qualquer maneira, não demoraram a adquirir tal prestígio que lá não se admite, de há muito, qualquer organismo, abrigando coletividade, que não conte com uma ou mais dietistas para tomarem a seu cargo os problemas referentes à alimentação. A formação de dietistas, nos países de língua alemã, foi endereçada, desde logo, a proporcionar ao médico auxiliares eficientes para orientarem a preparação da dieta dos enfermos. Foi BRAUER quem primeiro fundou uma cozinha dietética em Eppendorf e preparou assistentes dietistas. Tornou-se famoso o curso que o grande VON NOORDEN criou, na Austria, em 1930. Desde que a alimentação dos enfermos é apenas caso particular do problema da alimentação coletiva, se compreende que se pode, sem qualquer desvantagem, preparar dietistas tanto para atividades de ordem higienica como para o desempenho dos encargos que a dietoterapia impõe. Essa a diretriz observada no famoso curso de formação de dietistas, que, mais tarde, o Prof. PEDRO ESCUDERO fundou em Buenos Aires e que foi o primeiro criado na América do Sul, e também naquele muito mais modesto — aqui constituído, em 1939, por nossa sugestão e que esteve, durante quase vinte anos, sob nossa orientação. Se lhe tivessem faltado outros meritos, seria preciso reconhecer-lhe o de ter sido o primeiro organizado no Brasil. Para que as atividades das dietistas se tornem mais proficuas do que têm sido, tanto no domínio da higiene como no da dietoterapia, é indispensável que disponham, no futuro, como auxiliares, de cozinheiras habilitadas em cursos apropriados para ensiná-las a agir

de conformidade com preceitos científicos, pois que aquelas que hoje podemos encontrar, viciadas em condutas empíricas, são até, por vèzes difíceis de serem reeducadas.

* * *

Vamos pensar, agora, no pouco existente, em nosso país, no tocante ao ensino da dietologia e da dietoterapia e nas consequências do atraso que, nesse campo, se observa. O ensino da dietética, com efeito, não se desenvolveu nas escolas de medicina, na medida em que foram aumentando os conhecimentos a respeito. A quase omissão dele ainda hoje se verifica com frequência, não sendo difícil compreender, assim, porque tem constituído a dietética campo aberto à atividade dos que vivem à margem da medicina, a despeito de ter sua importância reconhecida pela generalidade dos médicos modernos. Mas uma coisa é reconhecer a importância de um dos ramos mais preciosos da terapêutica e outra, bastante diferente, saber utilizá-lo. E, aqui, muitas vèzes, o médico prático se mostra incapaz de agir com acêrto na prescrição de dietas, fora dos casos em que, atendendo a velha praxe, é obrigado a preconizar a abstenção de sal e carne.

Chamado para socorrer paciente portador que seja de molestia infecciosa, por exemplo, o facultativo prescreve geralmente uma porção de soros, vacinas e antibióticos. Prescreve-os, não raro, também fora desses casos e, por vèzes, com a mais absoluta inoportunidade. Receita penicilina até em face de intoxicação alimentar, como tivemos ocasião de verificar não há muito tempo. Conversa pouco mais sôbre os cuidados profiláticos, no propósito de afastar, para os demais membros da família, os perigos de contágio. Despede-se, em seguida. Mas, ao entregar-lhe o chapéu, a mãe do doente não contém sua estranheza:

— Doutor, o senhor não disse o que o meu filhinho poderá comer, enquanto persistir a febre...

— Pouca comida — responde vagamente.

— Canja? — sugere a mãe, percebendo a hesitação.

— Sim, uma canjinha... — arremata o doutor com desafogo.

Mas há pior do que isso. Certa vez, encontramos diabético tratado por duas sumidades — uma, cirúrgica, e outra, psiquiátrica — passando exclusivamente a carne, verduras e bebidas alcoólicas. Clínicos há que resumem na exclusão do açúcar, combinada com a ministração de doses por vezes tremendas de insulina, o problema terapêutico do diabetes. Em face de outras enfermidades, em particular de molestias do aparelho digestivo, as dietas recomendadas com frequência são aquelas próprias do período pré-vitânico ou mesmo da era empírica da dietoterapia.

Os operados do aparelho digestivo recebem, ao deixarem as clínicas, prescrições relativas à dieta que devem observar, por certo tempo, as quais incluem recomendações que importam na exclusão de substâncias alimentares das mais imprescindíveis — leite, queijo, manteiga, ovos, hortaliças, frutas, etc. — exclusão essa que pode perfeitamente ser responsabilizada pelo estado de desnutrição em que se debate, por longos meses, o paciente. Também a anemia, que sucede a tais intervenções, não raro, se prende à carência de ácidos aminados e de vitaminas indispensáveis à normalidade dos processos da hematopoiese.

Eis exemplo de dieta prescrita pelos responsáveis por uma dessas clínicas, por sinal das de maior prestígio:

"DIETA PARA OPERADOS DO ESTOMAGO

"(A ser observada durante 8 meses)

"PERMITIDO:

"1) Águas minerais não gasosas (Lindóia, Prato, Valinhos); chás (preto, mate, erva-doce, camomila, tilia, cabelo de milho, quebra-pedra); caldas (de galinha e de frango); mingaus (de farinha de trigo, de araruta, de maizena, de aveia coada).

"2) Sopas: de mandioca, mandioquinha, de cará, de macarrão fino (bem mole), de aletria, de semolina, de farinha

de mandioca, de legumes, de ervilhas, de caldo de feijão, de pasta glutinada, de estrelinha de alfabeto, de milho verde, de combuquia.

"As sopas podem ser feitas em caldo magro de carne de vaca ou de galinha.

"3) Arroz (bem mole), macarrão fino, aletria, batatinha cozida ou assada, puré de batatinha, puré de ervilha, pure de mandioquinha, mandioca cozida (bem mole), chuchu, abobrinha, abobora madura, mangarito, cenoura, palmito, chicoreia amarga, couve-manteiga, brocolos (bem novos, tenras), "petit-pois", feijão esmagado e coado, vagem de feijão (bem mole, nova).

"4) Carne de vaca (em pequena quantidade), vitela, galinha, frango, peixe frasco, carneiro, cabrito, peru, perdiz, codorna, passaros pequenos.

"Tôda a carne deve ser assada, grelhada ou ensopada.

"5) Goiabada, marmelada, bananada, pudim de pão ou de batata doce, geléia de frutas doces ou de mocató, creme de leite, manjar branco, doce de leite, arroz doce, mandioca cozida com açúcar, abobora madura ou moranga em caldo, frutas cozidas ou assadas (pera, maçã, banana, ameixa preta), mamão e figos, frutas cruas que não sejam azedas (pera, maçã, uva branca espanhola, laranja lima, lima da Persia, jabuticaba, mamão, figo, abacate).

"6) Ovos quentes, leite, pão de forma torrado ou não, biscoitos, bolos, manteiga fresca, queijos frescos (com muito pouco sal), café (xicara pequena após as refeições ou pequena quantidade com leite), chocolate fresco (rala).

"Nota: 1.º Os doentes operados ao mesmo tempo da vesícula biliar ou os portadores de lesões mesmo insignificantes, do fígado, deverão usar ovos, leite, manteiga e queijo com prudência, ou mesmo abster-se dêste alimentos.

"2.º Os doentes que sofrem de prisão de ventre devem usar uma dieta na qual os vegetais (verduras) e as frutas entrem em maior quantidade; pelo contrário, os que têm tendência à diarreia devem abster-se de vegetais e frutas.

"PROIBIDO:

"1) Bebidas alcoólicas ou gasosas (aguardente, cerveja, vinho branco ou tinto, licores, champanha, águas de Lambari, Caxambu, Cambuquia, guaraná, sifão).

"O gás empregado na conservação destas águas é ácido: o gás carbônico.

"2) Pimenta, cebola, alho, vinagre, limão, molhos picantes (molho inglês, pickles), tomate fresco, massa de tomates, repolhos, couve comum, alface.

"3) Frutas ácidas (abacaxi, laranja) ou qualquer fruta mesmo das permitidas que não esteja bem madura (bem doce).

"Todo o alimento deve ser bem cozido, de modo que fique bem mole, deve ser preparado no azeite doce de preferência a gordura de porco e deve levar muito pouco sal, o suficiente para dar-lhe um pouco de gosto. Sendo preparado com gordura de porco esta deve ser fresca e usada em quantidade mínima.

"Os alimentos devem ser tomados em horas certas e em pequenas quantidades para não forçarem o estomago. É preferível fazer-se várias pequenas refeições com intervalos de três horas.

"Se possível repousar durante meia hora após as refeições. "Os alimentos devem ser muito bem mastigados, só sendo engulidos, quando formarem uma papa mole na boca. Para isto, os dentes precisam estar em boas condições e devem ser tratados com cuidado; retiradas as formações de tartar por um dentista e escovados pela menos duas vèzes por dia; de manhã e de noite ao deitar-se.

"O material que se decompõe nos dentes cariados e as partículas de alimento que fermentam durante a noite, quando engulidas no dia seguinte irritam a mucosa do estomago e preparam o terreno para formação da úlcera".

* * *

Sem falar de senões menos graves e até dos de ordem higiênica — como essa tolerância relativa ao uso pouco

frequente da escova de dente, quando a boca deve estar sempre limpa — se observam as seguintes impropriedades em tais indicações:

I — Recomendação do uso de águas minerais de nenhum valor terapêutico e, por vizes, imperfeitamente recolhidas e acondicionadas.

II — Preocupação de amolecer certos alimentos, a ponto de prejudicar-lhes a digestibilidade ao invés de favorecê-la, sabido como é que as papas não são digeridas suficientemente na boca, pois que logo deglutidas.

III — Não exclusão da celulose dos vegetais, que deveriam ser passados em tamis, a fim de afastar todo o bagaço.

IV — Recomendação de carne de caça reconhecidamente indigesta, além de inconveniente por outros motivos

V — Recomendação de substâncias de digestibilidade difícil por absorverem grande quantidade de líquidos no aparelho digestivo e por serem especialmente ricas de gorduras (pudim de pão, pão de forma não torrado, bolos, etc.).

VI — A abstenção — ou mesmo a limitação — do uso de carne, ova, leite, manteiga, queijo, hortaliças e frutas não pode deixar de ser extremamente prejudicial aos enfermos a ela submetidos.

VII — Não convem proibir o uso de temperos e sim pura e simplesmente recomendar não abusar deles.

Até em livros da lavra de autoridades da nossa medicina se percebe, com frequência, bastante insegurança no tocante à dietoterapia. E clínicos muito acatados ainda prescrevem peixe ou carne de galinha, em substituição à de vaca, em casos em que seria indispensável reduzir o teor de proteínas ou de substâncias geradoras de ácido úrico na dieta.

Sem dúvida nenhuma, a incompreensão que enfrentam os dietistas que se empregam nos hospitais decorre do fato de ter a formação de dietistas precedido a de dietólogos. A generalidade dos clínicos sente dificuldade para dizer-lhes como devem alimentar seus doentes. A alguns, parece mais como confiar-lhes até a prescrição da dieta. E nem percebem que, assim agindo, procedem como se entregassem ao farmacêutico o encargo de medicar os doentes. Sim, porque a terapêutica alimentar não é menos delicada do que a medicamentosa. E a dietista está para o médico assim como o farmacêutico para o clínico. Ela é apenas a auxiliar do médico — cujas prescrições, referentes à alimentação, deve cumprir — na tarefa de alimentar os enfermos. Não é profissional independente. Agindo como tal, estará exercendo a medicina, para o que não se habilitou. Mas, participando de mesa-redonda que reuniu professores de todos os cursos de formação de dietistas do país, percebemos que, mesmo entre eles, havia quem não compreendesse isso...

Com o abandono quase completo da questão por parte dos médicos e a incompreensão, generalizada entre eles, das funções que cabem às dietistas, não é de admirar que, na quase totalidade das casas de saúde, a alimentação constitua problema bastante descuidado. Como se a escolha da alimentação dos enfermos implicasse, em nossos dias, apenas questão de consistência da comida, a generalidade dos estabelecimentos hospitalares adota o sistema anacrônico das dietas hidrica, seca, de sopas, lactea, lacto-vegetariana, solida, etc., que, há mais de século — e, por conseguinte, ainda na era da dietologia empírica — foi elaborada para os hospitais franceses e que vem sendo copiado, de estabelecimento para outro, com poucas modificações nas formulas usadas. As preparações que as constituem são confeccionadas com pequena quantidade de temperos quase sempre e de conformidade com os procedimentos rotineiros das cozinheiras de cada região. Implicam essas perdas não só dos melhores valores nutritivos mas também das propriedades que emprestam às substâncias alimentares, quando corretamente preparadas, aspecto, cheiro e sabor, que as fazem apreciadas. Constitui-se, assim, a comida insípida, pouco convidativa, senão repugnante, que, segundo referências vulgares entre nós, é característica da alimentação hospitalar. Por toda a parte, a monotonia da canja, do caldo de carne, da água de arroz, mesmo

em emergências em que são pouco convenientes. No entanto, sobretudo para os enfermos, cujo apetite é em geral caprichoso, a alimentação deveria ser variada, saborosa, atraente, além de apropriada.

Depois, se observa que o descaso com a higiene no trato da comida é verdadeiramente impressionante. A cozinha e dependências anexas, de hospital que visitamos, há pouco tempo, no companhia de dietistas que nos prestam sua colaboração, eram imundos. E, por incrível que pareça, esse estabelecimento pretende ser dos mais adiantados no genero, em todo o país! A alimentação servida aos enfermos é de tal modo insuficiente, por vizes, que cria serios problemas para os médicos e riscos maiores para a vida dos enfermos. Ainda no ano passado, nos referia o distinto colega dr. PAULO GODÓI, diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que, depois de operar seus enfermos naquele estabelecimento, cuidava de dar-lhes alta o mais depressa possível, porque os assistia definhando, de dia para dia, em consequência da precariedade da alimentação que se lhes servia. Contou o dr. HELION POVOA, em uma de suas conferências, que "num dos nossos grandes hospitais se cometeu o crime de ministrar por mais de um decênio, a doentes sem indicação dietética restritiva, com necessidade calórica de trabalho leve, **uma única refeição** de comida de sal, por dia, não contendo o repasto um **quantum** energético que se abeirasse nem de 800 calorias", que significaria apenas cerca da terça parte das necessidades energéticas medias individuais, a serem cobertas pela alimentação. Esse crime — devemos juntar — só se tornou possível em consequência da extrema carência de conhecimentos sobre alimentação reinante, entre nós, mesmo nos meios médicos.

Não estranhará, pois, o ouvinte que possamos afirmar que significa sério problema, aqui, descobrir casa de saúde onde abrigar portador de moléstia da nutrição afim de cuidá-lo de maneira adequada. A quase totalidade delas não está preparada para isso. E já tivemos, em pelo menos uma oportunidade, de reclamar o auxilio de prestimosa companheira de trabalho para vencer as dificuldades que encontrávamos, ao pretender tratar convenientemente diabético internado, a fim de ser submetido a intervenção cirúrgica, em estabelecimento hospitalar dos mais afamados da cidade e que, não obstante, não contava com uma dietista sequer em seu quadro de funcionários.

E não é só. Conforme mencionamos antes, é sabido que a alimentação é importantíssima no cuidado dos portadores de moléstias as mais variadas. Mas, nos isolamentos daqui, a "dieta famis" impera. Nas maternidades, nos hospícios e nos leprosários, a alimentação é absurdamente descuidada. A situação descrita depõe contra o prestígio de nossos hospitais e da propria medicina nacional.

Procura-se economizar, em prejuizo da alimentação dos doentes. E o primeiro recurso, que se pressente favorável a tais propósitos, consiste em entregar os trabalhos de fornecimento da alimentação, nos hospitais, a cozinheiros boçais, concedendo a administração destes a leigos ou a religiosos porque, segundo se diz, ganham pouco ou nada. É a repetição do que tem acontecido, no que diz respeito à enfermagem.

— Sem esses auxiliares voluntários — advertiram-nos, certa vez — o hospital não poderia existir. Imagine como se poderia remunerar pessoal técnico tão numeroso! Como arranjar dinheiro?

Engana-se redondamente quem isso nos disse. Enganam-se todos os mais que assim raciocinam. Leigos, por pouco que percebam, são antieconomicos. Ao contrário, a entrega de encargos a técnicos, de verdade e não apenas de nome ou de certificado, se traduz sempre em economia, ainda que se pague bastante ao profissional. Com relação à atividade dos dietistas em refeitórios escolares, temos recebido veementes depoimentos nesse sentido. E compreende-se que assim seja, desde que a dietista está habilitada a escolher bem os alimentos, sabe onde e em que épocas encontrá-los a preços convenientes, sabe economizar e poupar seus valores nutri-

tivos na limpeza e na preparação da comida e —, é muito importante — sabe prever as necessidades dos que vão consumi-la, o que é a maneira mais própria de evitar desperdícios. Em quanto importa esse desperdício de comida, em nossos estabelecimentos hospitalares? Temos notícias de que, em alguns, é de assustar. Ainda não há muitos meses, tivemos de ir a Santos, para responder à consulta de hospital famoso, onde o desperdício de alimentos, segundo nos referiram, se elevava a várias toneladas por mês! Isso tudo acontece porque leigos não são capazes de qualquer previsão científica. E também porque, mal preparada por cozinheiros boçais, a comida não é aceita pelos enfermos que, então, mesmo no meio da abundância, são constringidos a passar fome.

— Mas, como obter dinheiro para pagar, além de médicos, tantos dietistas, tantos enfermeiros, etc? — haverá quem queira apartear-nos a esta altura.

Muito facilmente — responderemos. Não existe razão alguma que recomende manter a assistência hospitalar, sobretudo quando endereçada às classes desfavorecidas, como atividades particular. Aliás, devemos nós todos estar convencidos de que essa atividade vem sendo particular só nominalmente. Na situação vigente, o Governo contribui e os particulares concorrem com sua figuração. Quando as coisas vão bem, ambos recebem aplausos. Quando mal, o governo tem a sua desculpa: a obra não é dele. Ademais, êle não pode socorrer mesmo. Como governo honesto, achou preciso impor-se regime de economia, de austeridade. Também as figuras decorativas fizeram o seu papel. Afinal de contas, êsses beneméritos não se cansam de tanto pedir? E quem não pode defender-se tem de morrer à mingua...

O principal dever da Nação, do Estado e do Município é o de prestar tôda — assistência a todos os cidadãos. Para tanto, se torna imprescindível e urgente a oficialização da assistência hospitalar e a constituição de fundos adequados para fins assistenciais. Que se gaste bastante em resumo, para atender às necessidades sociais. E que sejam tôdas, atendidas e nada pereça. Pouco importa que se tenha de suprimir temporadas líricas ou a compra de desnecessários vasos de guerra!

* * *

É imperioso, pois, criar serviços de dietética, com técnicos especializados, em todos os hospitais, sanatórios, etc. E, para que tal se torne possível, é indispensável cuidar de melhorar o preparo dos médicos, no tocante aos problemas de dietologia, em geral, e da dietoterapia, em particular. Bastante, nesse sentido, se poderá obter, incluindo, nas escolas de medicina, cadeiras especiais de dietologia ou, pelo menos, modernizando as já existentes de terapêutico, nelas situando amplos programas de dietoterapia, na presente omitidos ou quase. Ainda seria de tôda a oportunidade a criação de cursos de especialização em nutrologia, para médicos, nos quais se considerasse objetivamente não apenas o aspecto médico dos problemas de nutrição — a clínica das moléstias da nutrição — mas também se tivessem na devida conta os aspectos higiênico e social da questão, que, para o povo brasileiro, oferece feição muito particular e especial gravidade.

Muito preciso, sem dúvida, é intensificar e aprimorar a formação de dietistas, bem como iniciar a de cozinheiros-técnicos. Com isso, se adquirirá a faculdade de ampliar realizações em favor do povo, colocando não só à disposição de hospitais, mas também de asilos, creches, internatos escolares, pensionatos, etc., pessoal técnico capaz de proporcionar-lhes alimentação adequada e econômica. A nossa mocidade encontraria, assim, mais uma oportunidade de ganhar a vida, desempenhando tarefa de enorme alcance social.

Tem havido muita discussão sobre a constituição dos cursos de formação de dietistas — por vezes, denominados também de formação de nutricionistas ou de auxiliares em alimentação — e vale a pena, nas vésperas de conclave que cuidará do assunto, deixar bem patente nosso pensamento, a respeito, já manifestado em outras ocasiões:

I — Não compreendemos que significação possa ter a pretensão de situar tais cursos "em nível e categoria universitária". Afinal de contas, as universidades podem incluir cursos desde superiores até primários. É evidente que os cursos de formação de técnicos em alimentação devem dispor-se, nas universidades ou fora delas, sempre em um mesmo nível. Agora, se se pretende, com isso, significar que cursos de formação de dietistas, nutricionistas e congêneres devem ser considerados cursos superiores, precisamos dizer, desde logo, que tal não tem cabimento. Não é possível "situar" uma carreira em nível superior ou inferior. Ela é de determinado nível pela sua essência, quer dizer, pela formação que reclama e pelas suas finalidades. Assim, a carreira de médico não pode deixar de ser de nível superior. O mesmo diga-se das carreiras de advogado e de engenheiro. Tal conceito vale ainda para doutores em filosofia ou em ciências e letras, desde que formados não apenas tendo em vista lecionar em ginásios mas habilitados plenamente a contribuir para a elevação do nível de cultura e intensificação da pesquisa científica, como habilitam os cursos de medicina, de direito e de politécnica.

Carreiras existem que, pelas suas características — reparem que não estamos considerando tempo de estudo, preparo preliminar, etc., que, no caso, menos importam — são carreiras técnicas (as de agrônomo, de veterinário, etc.) e não superiores. Outras ainda são carreiras auxiliares. As de farmacêutico, odontologista, enfermeiro, assistente social, parteira, educadora sanitária, etc. são carreiras auxiliares e não de nível superior. Igualmente deve ser considerada a de nutricionista ou dietista.

Mas dir-se-á que muitas dessas categorias profissionais — as de farmacêutico, de dentista, de enfermeiro, de assistente social, etc. — já conseguiram ser "reconhecidas" como de nível superior. Sabemos disso perfeitamente. A constatação de tal fato, porém — vale a pena proclamar — consagra apenas a ineptia daqueles que nisso consentiram, daqueles que proclamaram que "tôdas as carreiras universitárias são equivalentes" — o que é absurdo — e não deve conduzir-nos a novo erro. Precisamos, antes, aproveitar a oportunidade para experimentar corrigir os precedentes e, assim, restabelecer o senso de medida, que vem faltando, nos últimos tempos, à organização do ensino e das carreiras profissionais, no país.

II — Não sendo curso superior em sua essência, é dispensável reclamar da candidata a nutricionista ou dietista a comprovação de conclusão de curso de colégio (clássico ou científico). Mesmo porque a jovem, que percorre esse extenso período de preparação, irá preferir, por certo, encaminhar-se a curso efetivamente superior e ficarão, assim, os cursos de formação de nutricionistas ou dietistas às moscas, desde que não seja possível constituir bolsas para alunas. Teremos, então, de criar cursos de formação de nutricionistas ou dietistas de outros níveis, para compensar a deficiência numérica das do chamado "nível universitário", solução que, além de nada racional, será muito pouco prática. Não obstante, é a que se adota já, em certos meios, como que para corrigir erro, semelhante ao que poderemos cometer agora, ocorrido ao se organizar em os cursos de enfermagem. Assim sendo, a exigência de diploma de curso de grau médio (1.º ciclo), combinada com a de exame vestibular rigoroso, abrangendo português, matemática, história natural, física e química, nos parece bastante.

III — Com relação às disciplinas que constituirão os cursos de formação de dietistas (entendendo-se como tal também nutricionistas e auxiliares em alimentação, quer dizer, técnicos em alimentação em geral), pensamos que devem ser em número o mais limitado possível, a fim de que tais cursos, ainda bastante pouco procurados pela mocidade e bastante mal compreendidos pelo público e pela generalidade dos governos, não se transformem em encargos sobremodo pesados para a coletividade. Devemos, assim, confessar que achamos absurdo falar em cursos de formação de nutricionistas com 18 cadeiras ou disciplinas, como já foram sugeridos.

Semelhante projeto pareceria, desde logo — e com justa razão — inaceitável a qualquer governo esclarecido. E não resistiria à mais superficial análise, sob o ponto de vista técnico e científico. Incluir em um projeto cadeiras de "anatomia", "fisiologia geral" e "fisiologia da nutrição" significa cometer redundância inconcebível. Não é de boa técnica, em ensino, repetir num curso matéria que se exigiu como preliminar. Se se reclama "anatomia" em curso prévio ou em exame vestibular, é evidentemente desnecessário repeti-la. O mesmo diga-se em relação à "fisiologia geral", sobretudo quando já se reconhece que

será imprescindível que figure, entre as demais disciplinas, a "fisiologia da nutrição". A "química aplicada à nutrição" já se inclui, por certo, na "fisiologia da nutrição". Em resumo, bastaria uma destas quatro disciplinas, para que o ensino adequado não faltasse às alunas. Nada mais inoportuna do que propor o ensino de "patologia geral", num curso de formação de dietistas ou nutricionistas. "Patologia geral" só cabe em curso de medicina. E a "patologia da nutrição" em curso de formação de dietólogos. Para as dietistas ou nutricionistas, só vale a pena promover a ministração de noções de patologia relativas a moléstias da nutrição e esse ensino pode ser realizado muito bem numa cadeira de "dietética", em que todas as questões próprias sejam abrangidas de maneira mais geral. Essa cadeira de "dietética", por força, envolveria inclusive a "dietoterapia" e a "técnica dietética", pois se poderia até dizer que, de outra forma, não haveria quase o que ensinar de "dietética". Com relação à "arte culinária" — preferimos "técnica culinária" — cabe lembrar que não existe diferença na técnica a observar-se, endereçada seja a enfermos ou a sadios. Técnica culinária é uma coisa só. O médico é que sabe o que convém a um indivíduo, que supõe são, e o outro, que considera enfermo. À dietista, cabe apenas o cumprimento de sua prescrição. Nada além disso. Uma disciplina, cuja inclusão entre as matérias dos cursos nos parece indispensável, compreenderia o "estudo químico e tecnológico dos alimentos". Os "aspectos sociais e econômicos da alimentação" poderiam ser englobados com "pesquisas higiênico-sociais relacionadas com a alimentação" ou abrangidos na parte geral do ensino de "dietética". Indispensável é estatuir como disciplina a "administração de serviços de alimentação" e não menos importante a "prática de ensino e divulgação de conhecimentos sobre alimentação", desde que das mais próprias e constantes atividades da dietista ou nutricionista é a promoção de educação alimentar, através de cursos, de palestras, de artigos, etc., em escolas, em refeitórios, na imprensa, no rádio, na televisão, etc.. Essa disciplina dispensaria a "psicologia das relações humanas", que ecoaria, pelo menos, como exquisitesito, aos ouvidos de qualquer curioso, que se dispuzesse a considerar as idéias contidas em projeto que se elaborasse.

Parece-nos muito importante obter que se comunicasse certa elasticidade ao projeto em elaboração, a oficialização dos cursos de formação de dietistas, no que diz respeito à constituição das cadeiras e das disciplinas, e, bem assim, às exigências para professores, a fim de permitir a qualquer escolas a composição de seu curso e do corpo docente dele em moldes que lhe pareçam mais adequados. Exija-se, de cada uma delas, que proporcione, aos alunos que forma, um mínimo de habilitação, sem tirar-lhes as características próprias, a personalidade, se é possível dizê-lo. Que se estatuisse, por exemplo, que "todas as escolas, para serem reconhecidas pelo Ministério da Educação, deveriam ministrar às alunas conhecimentos de dietética, abrangendo a fisiologia da nutrição, o estudo químico e tecnológico dos alimentos, a constituição de regimes para indivíduos são, o estudo dos aspectos econômico-sociais do problema da alimentação, noções de patologia da nutrição e de dietoterapia, conhecimentos adequados de técnica culinária, a técnica da realização de pesquisas higiênico-sociais relacionadas com a alimentação, a administração de serviços de alimentação e a prática de ensino e divulgação de conhecimentos sobre alimentação". Bastaria isso, para satisfazer às exigências do reconhecimento. Os que achassem preciso incluir em seu curso ainda "puericultura" ou "higiene" ou até "psicologia da alimentação" que as incluíssem. Mas não seriam matérias mais ou menos superfluas mencionadas como exigências mínimas.

Com relação às condições reclamadas para professor, pensamos que, o não ser para lecionar, na redação proposta, "dietética" em geral, "noções de patologia da nutrição e dietoterapia" e, bem assim, "aspectos econômico-sociais do problema da alimentação", não se exigiria que fosse médico. Bastaria o título de dietista. Pensamos, aliás, que, em se tratando de escola de formação de técnicas auxiliares do médico, seria interessante que houvesse, em cada curso, um médico especializado supervisionando o ensino geral e diversas dietistas, de preferência, colaborando com ele nos diferentes setores. Mesmo porque, em se tratando de ciência ainda em plena evolução e com porção de questões discutíveis na sua técnica de aplicação, o ensino da nutrição não pode ser fracionado em diferentes cadeiras independentes e sim torna-se indispensável estabelecer certa coerência nos conhecimentos ministrados,

através de diferentes disciplinas, a fim de não fazer nascer a confusão na mente das alunas.

IV — Para ministrar o ensino proposto — podemos dizê-lo graças à nossa experiência que se prolonga por quase dois decênios já — não são precisos mais do que dois anos letivos. Errado seria prolongar em demasia um curso, sobretudo quando tal não se faz necessário, em meio como o nosso, constituído por povo paupérrimo, que enfrenta as mais sérias dificuldades para subsistir, ainda neste momento. Aqui, mais do que em qualquer outra parte, as famílias precisam livrar-se quanto antes dos encargos de manutenção de estudantes, que não concorrem imediatamente para seu bem estar e que precisam, o mais cedo possível, passar a ganhar para minorar suas dificuldades. Devemos segurá-los, pois, nos bancos escolares, por dois anos apenas — que devem ser bem aproveitados — tudo fazendo para não retê-los por mais tempo do que é preciso.

Ademais, para informar o povo sobre o problema da alimentação, proporcionado-lhe ensinamentos capazes de contribuir não só para a defesa de sua saúde, mas também para aumentar sua eficiência física e mental — bem assim, para orientá-lo em suas reivindicações, visando a elevação de seu padrão de vida — indispensável se torna promover cursos populares teórico-práticos, sobre alimentação correta. Realizar-se-ia, através deles, verdadeira profilaxia de enfermidades — sabido como é que o indivíduo bem alimentado mais dificilmente adoece — procurando obter que nossos hospitais não estejam sempre superlotados, com pesados encargos para a coletividade.

Paralelamente a tudo isso, urge desenvolver intensa atividade científica. Porque o problema da alimentação de são e enfermos, entre nós só poderá ser equacionado em termos nacionais, ou seja, de conformidade com os hábitos de nossa gente e de acordo com os recursos alimentares que temos em mãos ou que possamos desenvolver. É absurdo pretender transportar para cá, nesse particular, os padrões norte-americanos e europeus. Cientistas estrangeiros, aliás, já proclamam isso, embora com evidente propósito de tirá-los, de maneira mais completa, a carne — e, talvez também, o leite, o queijo, os ovos, etc., que possamos produzir — e impingir-nos soja e algo semelhante. Para nos defendermos de seus conceitos, precisamos promover aqui pesquisas relacionadas com as necessidades alimentares da população e tendo em vista melhor conhecer e aproveitar as propriedades dos alimentos. E, dessa atividade, devemos dar notícia não só através de cursos, conferências e publicações de caráter científico. Cuidemos de levar informações, a respeito, a todos os circunstâncias, sobretudo utilizando os cursos populares de que acabamos de falar. Um dos defeitos mais graves, que se pode apontar nas instituições universitárias que temos ou nas instituições científicas em geral deste país, reside no fato de só se encarregarem, quando muito, de cursos de nível elevado e nunca de cursos populares, faltando-lhes contacto com o público. Seria preciso que se tivesse em conta que toda atividade científica — cujos frutos não sejam, desde logo, levados ao alcance do povo — é de muito escassa significação.

Para enfrentar todas essas tarefas — para estudar criteriosamente o problema alimentar, para formar os técnicos indispensáveis à realização de pesquisas, para promover a educação alimentar das populações e ainda para proporcionar a indispensável orientação aos trabalhos de assistência alimentar a são e a enfermos — muitos países têm criado, nos últimos anos, institutos de nutrição. E não só países europeus e norte-americanos, que, como nações de padrão de vida em geral mais elevado, foram pioneiros no assunto. No Japão, há cerca de trinta anos, se constituiu Instituto de Nutrição famoso, que, em Tóquio, funcionou, por muito tempo, sob a direção de Tadasu Saiqui. A U.R.S.S., ainda antes da última guerra, contava com nada menos de doze institutos de nutrição, sendo que, só em um deles — o de Odessa — o professor Cherques dirigia mais de 200 pesquisadores. No Uruguai, se criou o primeiro estabelecimento sulamericano no genero — Instituto de Alimentação do Povo — que, após curto espaço de tempo, foi seguido pelo Instituto Nacional de Nutrição, que o prestigioso professor PEDRO ESCUDERO fundou em Buenos Aires,

o qual se transformou em uma das mais renomadas organizações científicas de todo o mundo. Também no Rio de Janeiro, na Universidade do Brasil, já existe, há algumas anos, um Instituto de Nutrição.

Em São Paulo, reunindo migalhas, fomos constituindo, aos poucos e com dificuldades imensas, decorrentes da incompreensão que nos rodeia, no Serviço de Alimentação e Higiene Escolar do Departamento de Ensino Profissional, um bom centro de promoção de assistência alimentar, de formação de técnicos em alimentação, de divulgação de conhecimentos sobre alimentação e até de pesquisas científicas relacionadas com o assunto. Cerca de 600 dietistas foram diplomadas no primeiro curso na gênero criado no país. Mais de milhão de refeições bem constituídas eram regularmente servidas, todos os anos, nos refeitórios dos estabelecimentos de ensino profissional. Afora a divulgação de conhecimentos sobre alimentação, destinada às alunas dos cursos regulares, mais de 4.000 jovens passaram por eficientes cursos, endereçados no mesmo sentido e realizados em quinze semanas, com aulas teóricas e práticas. Essa foi companhia sem precedentes no gênero em nosso meio. Mantivemos, na tradicional Policlínica de São Paulo, consultório para orientação de sãos e enfermos, no que diz respeito à dieta. A atividade científica, que desenvolvemos, foi consagrada, por três vezes, em breve espaço de tempo, com as laureas mais significativas que se conferem, no Brasil, a trabalhos realizados na especialidade e sobre medicina em geral.

Em país de ciência incipiente e prenhe de instituições pouco produtivas, nada mais lícito do que esperar que esse núcleo inicial, que já prestara todos os trabalhos referidos, enfrentando condições as mais desvantajosas, fosse aproveitado para a constituição do Instituto de Nutrição, que falta ao Estado. Estivemos a ponto de conseguir isso — é verdade — dos "homens de bem" que compõem a mesa dirigente da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, os quais, em momento de melhor discernimento, estiveram a ponto de firmar convênio conosco. Mas, por fim, nada deles conseguimos, nem do próprio governo. Ao contrário, incapaz, para sua infelicidade, de compreender o alcance da tarefa em que estávamos empenhados, o atual Secretário da Educação(*) acabou por desintegrar o Serviço, ao dispor, por ato, que o Curso de Formação de Dietistas se desligasse do Serviço que o obrigava e passasse a funcionar em estabelecimento escolar de nível inadequado, sem a direção de médico especializado, que lhe é imprescindível. Não conseguimos evitar, nem corrigir isso, embora apelassemos para o egrégio Conselho Técnico da Secretaria da Educação — que vinha de manifestar-se de maneira lisonjeira sobre nosso trabalho, em parecer proferido pela unanimidade de seus membros — e, bem assim, procurássemos obter o apóio dos "pelegos" do Pacto de Unidade Intersindical — aos quais, atendendo a pedidos, prestávamos assistência, quando divisávamos, em suas campanhas, o interesse social. Parodiando ARTUR NEIVA, podemos dizer, pois, que, no Brasil, não somente os governos são mais atrasados do que o povo.

Nenhuma amargura conduz-nos a expor, aqui, a experiência adquirida. Mas achamos que, ao ensejo de tão amável convite com que nos quis distinguir o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares — cuja atividade é a prova eloquente de que nem tudo, entre nós, se esterilizou — valeria à pena deixar registrada esta obra de solidariedade humana empreendida e mantida muito menos por nós pessoalmente do que pelo despreendimento e pelo proselitismo de companheiros de trabalho e até de alunas. Queremos manifestar, agora, nossa convicção de que o entusiasmo que os anima há de conduzir a bom termo a luta em favor da melhora da alimentação do povo, em uais onde as obras de caráter individualista evoluem com a velocidade dos "sputniks", enquanto aquelas que têm sentido social caminham como carros de boi.

(*) Nota do Autor — VICENTE DE PAULA LIMA era o nome pelo qual atendia o então titular da pasta da Educação.

O conferencista começa fazendo exame retrospectivo, embora muito sumário, da evolução da dietologia e da dietoterapia. Lembra que foram os discípulos de PITAGORAS os fundadores da dietoterapia, na medicina helênica, da qual procedia a romana, e que, mesmo na medicina de outros povos, a dietética adquiriu, desde logo, importância primordial. Considera que, na antiguidade e durante a noite da Idade Média, os fundamentos da dietoterapia eram empíricos, dada a precariedade dos conhecimentos científicos. Foi só na segunda metade do século passado que as idéias sobre os processos da nutrição se esclareceram suficientemente para a prática, graças às clássicas investigações que, a cerca deles, foram realizadas com especial clarividência, por VOIT e prosseguidas por RUBNER. Constituíram-se, assim, as bases científicas que a dietologia reclamava de longa data. Todavia, essas bases científicas ainda eram insuficientes. A dietologia moderna surge apenas em 1912, com a publicação da famosa monografia de CASEMIRO FUNK, sobre a etiologia das moléstias carências, a qual lançou os fundamentos da vitaminologia — parte da nutrição, que, dentro de muito poucos anos, adquiriria importância naquele tempo imprevisível — provocando-se completa revolução nos domínios da dietologia e da dietoterapia.

Em consequência, se alargou prontamente o domínio das enfermidades em cujo tratamento se reconhece à dietoterapia importância primordial. De início, elas abrangiam apenas as chamadas doenças da nutrição — a obesidade, a magreza, a gota, o diabetes e poucas mais — e as do aparelho digestivo. Mais tarde, não só se acentuou a urgência da dieta em tôdas essas eventualidades mas ainda se salientou sua importância em face de muitas outras moléstias carências, infecciosas, alérgicas, respiratórias, cardio-vasculares, renais e urinárias, sanguíneas, endócrinas, nervosas e mentais, cutâneas). Salientou o conferencista o lugar proeminente que tem a dietoterapia na pediatria, na obstetrícia e até na cirurgia de nossos dias.

Foi assim que se criou nova especialidade em medicina, na prática da qual o dietólogo se alicerça em conhecimentos de química biológica, de bromatologia, de higiene, de bacteriologia, de fisiologia, de técnica culinária e, sobretudo, de fisiopatologia. No desempenho de suas atividades, não tardou a sentir a necessidade da colaboração de auxiliares bem preparados. Criou-se, assim, nova profissão — a de dietistas — cuja formação, nos Estados Unidos, foi, de início, orientada tendo em vista a necessidade de intervirem em companhias de ordem higiênica, e, nos países de língua alemã, desde logo, com o propósito de fornecerem ao médico colaboração eficiente na tarefa de alimentar os enfermos. Mostrou que, sendo a alimentação dos enfermos apenas caso particular do problema da alimentação coletiva, se compreende que se pode, sem qualquer desvantagem, preparar os dietistas tanto para atividades de ordem higiênica como para o desempenho de encargos que a dietoterapia impõe. Essa a diretriz observada nos cursos mais modernos e também naquele aqui constituído, em 1939, por sugestão do conferencista, e que esteve, durante quase vinte anos, sob sua orientação. A este curso, embora modesto, se escasseassem outros méritos, não faltaria o de ter sido o primeiro organizado no Brasil.

Passa o conferencista, em seguida, a considerar o atraso do ensino da dietologia e da dietoterapia, entre nós, e suas consequências. Recorda porção de fatos que atestam a insuficiência de conhecimentos de dietoterapia, de parte do médico prático. Reporta-se a recomendações que recebem os operados do aparelho digestivo, ao deixarem as clínicas, as quais implicam, por vezes, a exclusão de substâncias alimentares das mais imprescindíveis — leite, queijo, manteiga, ovos, hortaliças, frutas, etc. — exclusão essa que pode perfeitamente ser responsabilizada pelo estado de desnutrição em que se debate, por longos meses, o paciente, e também pela anemia que sucede a tais intervenções, a qual, não raro, se prende, à carência de ácidos aminados e de vitaminas indispensáveis à normalidade dos processos da hematopoiese. Manifesta que a incompreensão que enfrentam as dietistas que se

empregam nos hospitais decorre de fato de ter a formação de dietistas precedido a de dietólogos.

Adianta que, na quase totalidade das casas de saúde a alimentação constitui problema bastante descuidado. Como se a escolha da alimentação dos enfermos implicasse, em nossos dias, apenas questão de consistência da comida, a generalidade dos estabelecimentos hospitalares adota ainda o sistema anacrônico das dietas hídrica, seca, de sopas, lacteo, lacto-vegetariana, solida, etc., que, há mais de um século — e, por conseguinte, em plena era da dietologia empírica — foi elaborada para os hospitais franceses — e que vem sendo copiado, de estabelecimento para outro, com poucas modificações nas formulas usadas. As preparações que as constituem são confeccionadas com pequena quantidade de temperos e de conformidade com os procedimentos usados por cozinheiras boçais, os quais acarretam perda de valores nutritivos bem como de propriedades que emprestam às substâncias alimentares, quando corretamente preparadas, aspecto, cheiro e sabor, que as fazem apreciadas. Constitui-se, assim, a comida insípida, pouco convidativa, senão repugnante, que, segundo referências vulgares entre nós, é característica da alimentação hospitalar.

Refere, em seguida, que o descaso com a higiene no trato da comida é impressionante. Cozinhas e dependências anexas de hospitais, que se têm em conta de estabelecimentos adiantados, são, com frequência, imundos. Reporta-se a valiosos depoimentos de PAULO GODÓI e HELION POVOA para mostrar que a alimentação servida aos enfermos é, não raro, de tal modo insuficiente, que cria, por vêzes, sérios problemas para o médico e riscos maiores para a vida dos enfermos. Afirma que a preocupação de economizar na alimentação dos doentes conduz a entregar os trabalhos de fornecimento da alimentação, nos hospitais, a cozinheiros sem preparo e a administração deles a leigos. No entanto, seria preciso que se tivesse em conta que, enquanto leigos são antieconômicos, técnicos de verdade é que permitem a desejada economia, sobretudo evitando desperdícios que, nos hospitais daqui, são de assombrar pelo seu vulto.

E, por fim, se dispõe o conferencista a propor medidas tendentes

a corrigir a situação. Manifesta ser imperioso criar serviços de dietética, com técnicos especializados, em todos os hospitais, sanatórios, etc., e que, para que tal se torne possível, é indispensável melhorar o preparo dos médicos, no tocante aos problemas de dietologia, em geral, e de dietoterapia, em particular. Sugere, nesse sentido, que se incluam, nas escolas de medicina, cadeiras de dietologia ou que se modernizem as de terapêutica, nelas situando amplos programas de dietoterapia. Lembra ainda a oportunidade da criação de cursos de especialização em nutrologia, para médicos, nos quais se considerasse objetivamente não só o aspecto médico dos problemas de nutrição mas também os aspectos higiênico e social da questão. Discorre, em seguida, sobre a formação de dietistas e de cozinheiros técnicos. Expõe, baseado em sua experiência de quase vinte anos, idéias sobre a constituição de cursos de formação de dietistas, bem como sobre o preparo prévio a reclamar, a duração dos mesmos, etc.

Lembra a oportunidade de promover intensa campanha de divulgação de conhecimentos sobre alimentação correta, aconselhável por diversos motivos e muito especialmente no sentido de obter que os hospitais não estejam sempre superlotados, sabido como é que os indivíduos bem alimentados adoecem com menos frequência. Mostra, ademais, que se impõe intensa atividade científica, com o fito de equacionar, em termos nacionais — ou seja, de conformidade com os hábitos de nossa gente e de acôrdo com os recursos alimentares que temos em mãos ou que possamos desenvolver — o problema da alimentação de sãos e enfermos, pois que não cabe transportar para cá padrões europeus e norte-americanos.

Conta, então, que, para enfrentar tôdas essas tarefas, em países adiantados, se têm criado institutos de nutrição. E passa a descrever sua odisséia, entre nós, na tarefa de constituir nucleos que poderia ser aproveitado nesse sentido, o qual, depois de atividade surpreendentemente proveitosa, em face da carência de recursos e da incompreensão com que lutava, acabou sendo desintegrado em consequência da mediocre compreensão de governantes e da falta de apóio de dirigentes de hospitais e de organizações de trabalhadores, que só encontrariam motivos para prestigiá-lo.

A SUA AUTOCLAVE PREENCHE ÊSTES PRINCÍPIOS BÁSICOS:

- | | |
|---|---|
| a. TERMÔMETRO DO MERCÚRIO NA SAÍDA DO VAPOR? | d. VÁLVULA DE SEGURANÇA, AUTOMÁTICA? |
| b. ENTRADA DO VAPOR PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR? | e. PORTA DE SEGURANÇA? |
| c. SAÍDA DO VAPOR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR? | f. FUNIL DE DESCARGA NA LINHA DE ESGOTAMENTO? |

ANUNCIE EM
HOSPITAL DE HOJE

Fone :

35 - 2687

ISOLAÇÃO ACÚSTICA DE DIVISÕES DE ESCRITÓRIOS

O aumento de tráfego, o uso de máquinas de escritório barulhentas e o desenvolvimento de paredes leves e desmontáveis, são todos fatores que tornaram o problema de barulho nos escritórios mais agudo. Esta semana o redator especialista do "Jornal" para Isolação de Ruído e Acústica apresenta um método para determinar a quantidade de barulho que entra no escritório proveniente da rua, a influência que isso terá na difusão de ruído dentro do edifício, os valores de isolação que devem ser produzidos para obter sossego razoável, e como realizá-los.

A divisão de espaços para escritórios mediante construção "sêca", e possivelmente divisões desmontáveis, está se generalizando. Esta praxe tem causado descontentamento em numerosos casos, porque a isolação acústica fornecida não era adequada. Poucos compreendem que o fato de divisões desmontáveis em escritórios fornecerem uma parede aceitável entre duas salas dentro de certas circunstâncias, não significa que tais divisões serão necessariamente satisfatórias em outras condições.

Uma das finalidades de uma divisão é a de proporcionar certo grau de isolamento e ausência de ruído para os ocupantes da sala. Ora, se os ocupantes de uma sala podem ouvir e entender o que uma pessoa fala na sala adjacente, naturalmente não acharão que tem muita seclusão, pois sabem que a voz deles será ouvida da mesma forma na direção oposta. Porém, em geral nem sempre é necessário ter isolação tão boa que nada se possa ouvir através da parede. Apenas será necessário ter certeza de que qualquer coisa que se ouve não seja inteligível. Se os sons fracos da palavra falada são inteligíveis ou não de fato, se podem ser ouvidos ou não, depende em grande parte do ruído do ambiente que existe no local da audição. O ruído do ambiente pode consistir

em ruídos de tráfego de fora, ou então ruído oriundo do próprio escritório (máquinas de escrever, telefone, etc.), ou ambos. A magnitude do ruído do ambiente naturalmente varia conforme o local, e mesmo conforme as horas do dia. Outrossim, o ruído do tráfego é afetado consideravelmente pela temperatura e condições climáticas, visto que as janelas estarão abertas ou fechadas.

Com ruído forte do ambiente, o ruído que vem das salas vizinhas não será ouvido e entendido com tanta facilidade. Portanto, certas divisões que são convenientes como isolantes acústicos quando as janelas para uma rua movimentada estão abertas, ou satisfatórias durante as horas do "rush", não poderão servir com as mesmas janelas fechadas ou quando a tráfego diminui em hora mais avançada. Similarmente, uma divisão poderá ser muito satisfatória em um lado do edifício que dá para a rua, mas não servir do outro lado que dá para o fundo quieto. Em linhas gerais, quanto menor o ruído do ambiente e quanto menor a quantidade existente de material de absorção acústica (tapetes, móveis, chapas acústicas, etc.) nas salas, tanto melhor deve ser a isolação acústica da divisão para garantir certo grau de reserva.

É tarefa do arquiteto decidir quais as exigências mínimas e conseguir que elas sejam cumpridas. Não há dúvida de que o máximo grau de isolação é o mais desejável. Infelizmente, o custo aumenta em proporção à isolação, para qualquer construção desmontável ou sêca. Independente do custo (e é natural que outros fatores influem na decisão se a escolha será a de divisões em vez das paredes tradicionais da construção original), deve ser lembrado que divisões não podem competir em isolação acústica com as paredes tradicionais de alvenaria rebocada. O motivo principal deste fato é que construções tradicionais são muito mais pesadas do que qualquer sistema de divisões desmontáveis, e a isolação acústica de uma parede é proporcional ao seu peso.

A seguinte tabela de valores médios de isolação ilustra este argumento.

N. R. — O presente artigo foi transcrito da revista "The Architect's Journal" de Setembro de 1957. Embora o assunto tratado seja relativo a escritórios, aplica-se igualmente a paredes removíveis em hospitais. Este artigo vem a propósito, já que o IPH há dois anos vem-se preocupando com este problema, através de sua Comissão de Acústica.

Tabela 1: Valores de isolamento acústica possíveis mediante divisões desmontáveis em confronto com construção pesada

Construção	Média de isol. acústica (100-3200 c/s) dB	Divisões desmontáveis
Alvenaria de 9", rebocada	50	
4 1/2" idem	45	Provavelmente não viáveis
Blocos de clínquer de 3", rebocados de ambos os lados	40	
Blocos de clínquer de 2", ou cerâmicos ôcos de 2 1/2", rebocados de ambos os lados Ripas e rebôco (triplo) de ambos os lados de caibros de 4"	35	Provável limite superior de um sistema bem idealizado
Estuque de 3/8", nos dois lados de caibros de 4"	30	
Madeira estucada de um lado na espessura de 3/8"	25	Valor médio para unidades esmaltadas
Placas isolantes de 1/2" em um ou de ambos os lados de caibros de madeira	20	

A fim de determinar a isolamento acústica necessária entre dois espaços, pode-se fazer uma estimativa do grau de reserva normalmente esperada, relacionando-a às condições de ruído apresentadas no nomograma da tabela 1, cuja utilização explica-se por si mesma. Vê-se que para numerosas finalidades, por exemplo, quando a fonte de ruído é um escritório médio ou comum e a sala de recepção é um local sossegado em ponto quieto, divisões desmontáveis não são convenientes porque não podem proporcionar a isolamento média necessária de 40 dB. Porém, para numerosos outros casos, divisões podem ser usados com toda a confiança.

Fatores que influem em ruídos do ambiente.

Foi explicado que ruído do ambiente afetam o grau de isolamento necessária para obter reserva subjetiva, e que haverá necessidade de menos isolamento onde o ruído do ambiente é grande. Ruído de tráfego que penetra no prédio é, deste ponto de vista, uma vantagem, mas é óbvio que também pode causar distração e perturbação considerável. É fato comprovado que certo grau de ruído é tolerável, mas resta saber qual é aquele grau e se o arquiteto pode controlá-lo mediante planejamento certo. Os fatores que afetam o ruído ouvido são o ruído real da rua e a isolamento geral proporcionada pela parede (inclusive as janelas) que dá para a rua. Onde o escritório não dá para uma rua movimentada (isto é, ruas com tráfego contínuo com vários veículos passando ao mesmo tempo) mas para uma rua quieta ou local semelhante, ou para um poço interno ou jardim, a intensidade do ruído geralmente não é suficiente dentro do escritório, mesmo com as janelas abertas, para causar atrapalhão ou aumentar a isolamento efetiva das divisões. Em escritórios dando para uma rua movimentada, pressupõe-se que a perturbação intolerável pelo ruído do tráfego será geral na maioria dos mesmos, particularmente nos escritórios "sossegados" quando as janelas estiverem abertas e se a distância do meio-fio até a face do edifício for menos de 150 pés (com janelas em ângulo reto para com a rua, a distância pode ser dividida pela metade). Esta exigência de distância muitas vezes não será cumprida e o caso será o pior, ou

seja um edifício diretamente na linha trazeira da calçada, o digamos 15 pés do meio-fio, ou qualquer condição intermediária. A isolamento total de uma parede com janelas é grandemente controlada pela isolamento das janelas. Isto, por sua vez, depende do seguinte: (a) se as janelas podem ser abertas (pois mesmo fechadas, há perda considerável de isolamento devida a fissuras residuais). (b) do peso do vidro, se os vidros são fixos e vedados. (c) se as janelas são simples ou duplas.

Como guia geral (é difícil ser mais exato sem entrar em muitos pormenores), pode ser usada a tabela 2 para a avaliação do ruído. O edifício está a aproximadamente 15 pés do meio fio de uma rua movimentada, como definido acima, com os escritórios dando para a rua. Presume-se que as janelas especificadas perfazem 50% ou mais da área total da parede. O resto da área supõe-se ter uma isolamento de não menos de 45 dB. A especificação aproximada das janelas é a seguinte:

(A) Janelas simples em esquadrias de madeira ou de metal, com vidros de 32 OZ. e com folhas bem justas, fechadas.

(B) Janelas simples como acima, mas sem folhas de abrir todos os vidros fixados nas esquadrias, e vedados.

(C) Janelas simples como acima, mas de vidros de 1/4" todos fixos e vedados.

(D) Janelas duplas em esquadrias de madeira ou de metal, com vidros até 32 OZ., espaço entre os vidros não inferior a 8 polegadas, folhas de abrir bem justas, e absorventes acústicos na parte da parede entre os vidros.

(E) Janelas duplas como acima, com vidros fixos de fora e folhas de abrir bem justas e vedadas por dentro, abertas apenas para fins de limpeza.

Notar-se-á que não foi mencionado escritório "barulhento" conforme definido da tabela 1. Isto porque o ruído oriundo desses escritórios geralmente matará qualquer ruído de tráfego que entrar e que este último, portanto, não terá importância.

Sendo a área das janelas consideravelmente inferior da metade da parede total (por exemplo, um quarto apenas), a isolamento total será um tanto maior e os valores da tabela 2 podem ser ajustados um passo para cima.

Similarmente, estando o edifício apreciavelmente mais longe que 15 pés da rua mas menos distante do que 150 pés, ajuste semelhante das avaliações pode ser feito.

Tabela 2: Condições alcançadas com cinco tipos de janelas em escritórios comuns e quietos dando para ruas movimentadas.

Tipo de escritório	Tipo de janela	Apreciação em função do ruído de tráfego que entra no escritório	Avaliação do ruído do ambiente para isolamento de divisões
Comum	A	Não satisfatório	Barulhento
	B	Satisfatório	Barulhento
	C	Satisfatório	Barulhento
	D	Satisfatório	Quieto
	E	Satisfatório	Quieto
Quieto	A	Não satisfatório	Barulhento
	B	Não satisfatório	Barulhento
	C	Não satisfatório	Barulhento
	D	Satisfatório	Barulhento
	E	Satisfatório	Quieto

Fatores que influem na isolamento de divisões

Embora a isolamento acústica de divisões típicas possa ser mostrada na Tabela 1, cabe uma advertência relativamente a fatores que poderão reduzir a isolamento efetiva muito abaixo dos valores citados. Os valores indicados referem-se a uma divisão inteira, de tamanho médio, sem portas ou outras áreas do valor isolante menor (como a de um radiador contínuo ou cano atravessado na divisão).

É importante lembrar que quanto maior a eficiência isolante da divisão, mais importante fica assegurar a ausência de vazamento acústico. Por exemplo, vejamos uma divisão de aproximadamente 16 pés de comprimento por 9 pés de altura, presumindo que esteja construída de maneira normal com uma extremidade contra uma parede rebocada, o topo contra uma viga rebocada ou teto de concreto, e assentada em chão de madeira. A desigualdade típica dessas superfícies de encontro podem dar uma fissura média na junção de 1/32" de largura. Quer dizer, será nula em alguns pontos e até 1/16" em outros. Isto **não** representa um exagero das condições encontradas na prática. Ora, a isolamento total calculada entre duas salas com divisões de isolamento média constante da coluna A, está indicada na coluna B da tabela abaixo.

Influência de fissuras na isolamento de divisões

A Isolação média da divisão — dB	B Isolação total com fissuras conf. descrito — dB
20	19.5
25	23.5
30	27.0
35	29.0
40	29.5
45	30.0

Vê-se que enquanto para divisões de isolamento baixa (20 dB) as fissuras fazem pouca diferença, com o aumento do valor isolante da divisão o valor isolante total sofre mais e mais pelo vazamento através das fissuras, e até a 30 dB a perda já é bastante séria. Similarmente, uma porta normal (fechada) na mesma divisão típica reduzirá a isolamento aproximadamente como segue:

Influência de uma porta na isolamento acústica de uma divisão

A Isolação média da divisão — dB	B Isolação total com porta — dB
20	19.
25	22.
30	23.5
35	24.5
40	24.5
45	24.5

As exigências de isolamento acústica referem-se, naturalmente, à isolamento total (coluna B), e se as divisões devem satisfazer mesmo a minoria das exigências indicados, fissuras e portas devem ser evitados de alguma maneira ou outra.

É perfeitamente evidente do acima exposto que uma divisão que não alcança a altura total da sala dará pouca ou nenhuma isolamento acústica, e não se deve prometer que tais divisões proporcionam isolamento apreciável. Tais divisões devem ser consideradas exclusivamente como divisores de espaço.

Portas: Onde há necessidade de acesso, através de divisões, entre dois escritórios e a isolamento deve ser alta ao mesmo tempo, como, por exemplo, entre o escritório de um diretor e o da secretária d'ele, a melhor solução é a de duas portas com um vestibulo intercalado na tabela 2. Duas portas ôcas standard com as fissuras adequadamente vedadas e em conjunto com um vestibulo intercalado darão uma isolamento acústica de mais ou menos 35 dB. A vedação das fissuras pode ser feito com tiras de feltro, espuma de borracha ou matéria plástica, mas isto é somente eficiente se a porta adaptar-se bem a todo este material. Se a porta empenar mais tarde, tal vedação provavelmente perderá seu valor. Uma alternativa que admite empenamento da porta sem perda de vedação, é a tira elástica convencional de bronze fosfatizado.

A câmara de isolamento deve ser tão grande e conter tanto material de absorção acústica quanto possível. Um teto absorvente é essencial, e a cobertura do chão por tapete será vantajosa.

Onde tal arranjo não é possível, uma porta única de madeira sólida, de 2" de espessura, com uma boa vedação nas arestas de isolamento, proporcionará uma isolamento de 30 dB e não resultará em redução apreciável da isolamento acústica na maioria de divisões desmontáveis.

Tetos: Outra fonte de vazamento acústico que causa perda sensível da isolamento total entre escritórios é o trajeto por cima do topo de divisões, onde estas vão de encontro a fôrros falsos. O grau da perda depende, naturalmente, do tipo de teto e da divisão. Aqui outra vez são as divisões de maior capacidade isolante (25 e 30 dB) que serão afetados mais. Se o teto é de estuque não haverá perda apreciável na isolamento, pois as duas espessuras de reboco que o som precisa atravessar para passar acima da divisão têm um peso total de pelo menos 10 lbs por pé quadrado e uma isolamento total pelo menos tão grande como a da divisão. Onde há uma chapa isolante leve (ou chapa acústica) no teto, ou mais ainda, onde se usa metal perfurado e fibra de lã de rocha, haverá perda de isolamento a não ser que a divisão seja continuado através do teto até a face inferior da laje de concreto, ou que se coloque um para-ruído especial acima do teto na linha da divisão. O grau da perda provável acha-se ilustrado pelas medições efetivas indicadas abaixo. A divisão consistia de painéis desmontáveis não esmaltados e o teto era de metal perfurado.

	Isolação total	
	Sem pára-ruído	Com pára ruído
	acima do teto	
100 — 3,200 c/s	18 dB	27 dB

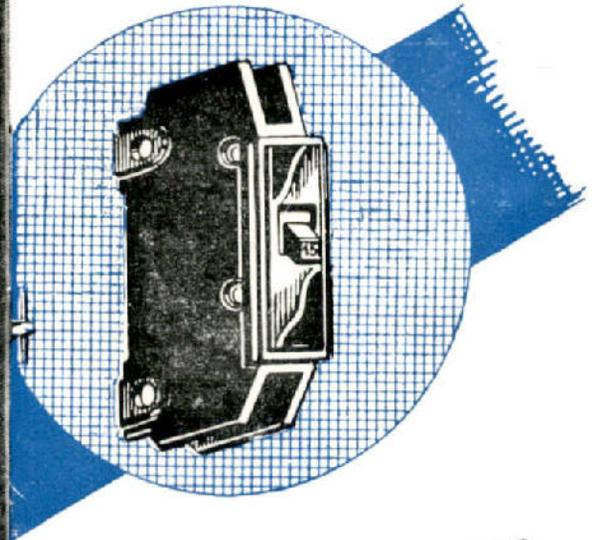
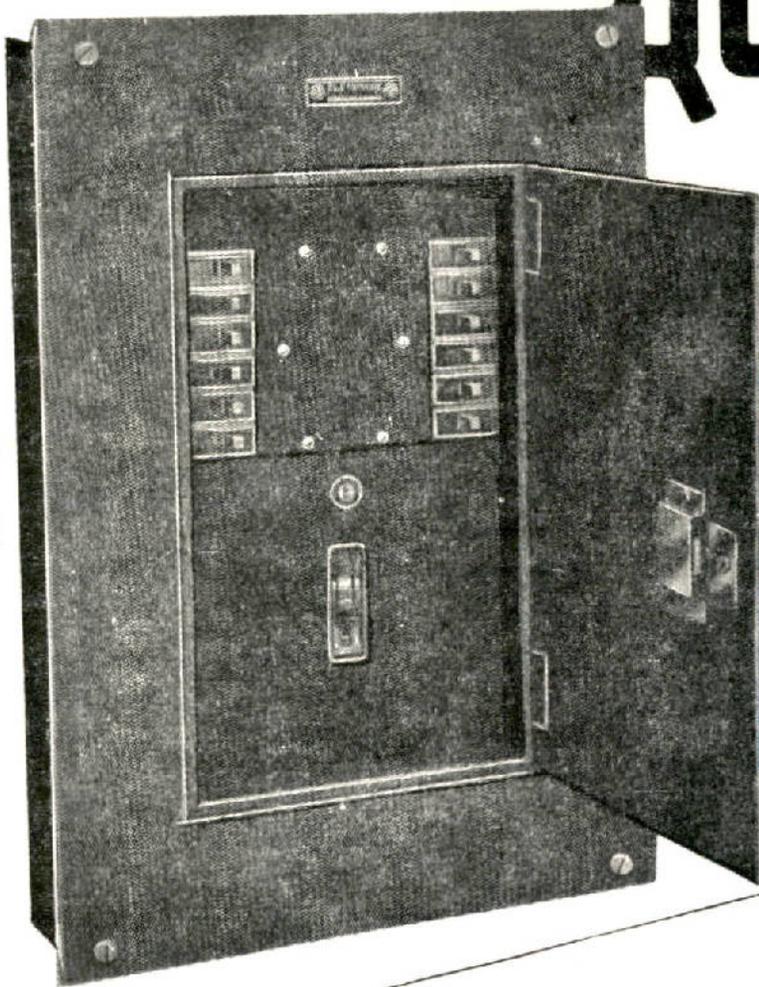
A mesma espécie de perda pode ocorrer quando divisões tem contato com um radiador contínuo ou canos nas paredes de fora. O pára-ruído não precisa ser construído exatamente como a divisão, pois, embora a isolamento através do teto não seja tão alta como através da divisão, tem algum valor. Uma camada simples de estuque é geralmente suficiente, desde que as junções estejam vedadas por fita ou matéria plástica.

Se um andar de escritórios com fôrro falso contínuo, de isolamento baixa é destinado à divisão subsequente, ou há possibilidade de divisões em certo número de várias posições, parece importante colocar pára-ruídos em tôdas as respectivas posições acima do teto, se houver necessidade de isolamento acústica razoável entre as salas do escritórios.

Quadros de distribuição

QUICKLAG

LICENÇA Westinghouse



Quadros e Centros
de distribuição "QUICKLAG"

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

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



ELETROMAR

INDÚSTRIA ELÉTRICA BRASILEIRA S/A.
SÃO PAULO — Rua Marquês de Itú, 282/284 — Fones: 36-2745 — 35-4524
RIO DE JANEIRO — Estrada Velha da Pavuna 105 — Fone: 30-9860

REUNIÕES ORGANIZADAS PELA REPRESENTAÇÃO-RIO DO I P H

ATA DA 6.ª REUNIÃO DA REPRESENTAÇÃO IPH — RIO — REALIZADA NO DIA 28 DO MÊS DE MAIO, ÀS 8,30 HORAS, NO I.A.P.C., AV. 13 DE MAIO, 23 - 2.º ANDAR - EDIFÍCIO DARKE, NO RIO DE JANEIRO.

Aos vinte e oito dias do mês de Maio de mil novecentos e cinquenta e oito, às oito e meia horas, nesta cidade do Rio de Janeiro, segundo andar, presentes os Senhores Doutores Adriano Taunay Leite Guimarães, Diretor e Representante nesta Capital do Instituto de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, Maury Pinto de Oliveira, José Annibal da Silva e Senhorita Conceição Soares Santos, comigo Gabriel Pinto de Arruda, sócio convidado para o desempenho do cargo de Secretário interino, foi aberta a sessão pelo Doutor Adriano Taunay Leite Guimarães e submetida a aprovação a ata da sessão anterior, que foi aprovada. Em seguida o Doutor Presidente comunicou ter recebido resposta do Hospital João Felício, de Juiz de Fora, auto-

rizando o escritório Doutor Maury Pinto de Oliveira a fornecer plantas, históricos e tódá organização do referido Hospital, para ser publicado em Hospital de Hoje. O Doutor Maury Pinto de Oliveira presente à sessão prometeu entregar todos os elementos autorizados pela Diretoria do Hospital João Felício ao IPH. Em seguida o Doutor Presidente leu os primeiros estudos sobre uma outra tese — "Assistência Psiquiátrica do I.A.P.B. do Rio de Janeiro e a submeteu à consideração dos presentes, tendo sido apresentadas, algumas sugestões pelo Doutor Maury Pinto de Oliveira. Foram discutidas ainda os últimos detalhes da tese "Assistência Médica Hospitalar e Previdência Social". Estes dois traba-

lhos deverão ser apresentados ao 2.º Congresso Hospitalar de Belo Horizonte a realizar-se nos dias 1.º a 6 de Julho do corrente ano. Imediatamente o Doutor José Annibal da Silva declarou que irá trazer, para receber sugestões, um trabalho de sua autoria, sobre manutenção de pessoal em hospital geral. O Doutor Dirceu Eulalio justificou que não poderia comparecer a esta sessão em virtude do falecimento em São Paulo, do seu parente e grande amigo Doutor Mathias da Gama e Silva. Após trocas de idéias entre os presentes, a respeito de diferentes assuntos que se prendem ao I.P.H. e como nada mais houvesse a tratar, o Doutor Presidente encerrou esta sessão.

ATA DA 7.ª REUNIÃO DA REPRESENTAÇÃO IPH — RIO — REALIZADA NO DIA 4 DO MÊS DE JUNHO, ÀS 8,30 HORAS, NO I.A.P.B., AV. 13 DE MAIO, 23 - 2.º ANDAR - EDIFÍCIO DARKE, NO RIO DE JANEIRO.

Aos quatro dias do mês de Junho de mil novecentos e cinquenta e oito, às oito e meia horas, nesta cidade do Rio de Janeiro, Capital da República dos Estados Unidos do Brasil, à avenida 13 de Maio, número 23, Edifício Darke, segundo andar, anfiteatro do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, presentes os Senhores Doutores Adriano Taunay Leite Guimarães, Maury Pinto de Oliveira, Senhorita Conceição Soares dos Santos, dona Regina Rios, comigo Gabriel Pinto de Arruda, secretário designado, foi aberta a sessão pelo Presidente Dr. A. Taunay Leite Guimarães e em seguida foi por êle apresentada a segunda tese que será submetida ao plenário do Segundo Congresso Nacional de Hospitais a reunir-se em Belo Horizonte, sobre Assistência Neuro

Psiquiátrica do I.A.P.B. desta Capital, tendo sido este trabalho muito apreciado pelos presentes, que apresentaram algumas sugestões. Em seguida o Doutor Maury Pinto de Oliveira apresentou um grande e admirável trabalho, sobre a administração de um hospital e sobre a educação política do pessoal e bem assim sobre medidas preventivas, métodos práticos de administração de pessoal, programa de preservação de acidentados e sinistros, programa de emergência, prejuízo por falta de pessoal humano, falta de programa de prevenção de acidentados (mostrando que 90% são idênticos aos que se passam nos estabelecimentos fabris em geral) e como organizar e preencher as chefias. Falou ainda a respeito da atividade do pessoal, sobre a questão

dos pisos e pavimentos, passarelas que devem ser reduzidas ao mínimo, escadas e corrimão bem lançadas, cadeiras de rodas, vidros quebrados, painéis de segurança em portas e janelas, a necessária e frequente fiscalização do material elétrico e os necessários órgãos de segurança em tódas as instalações de maquinarias. A seguir o Doutor Presidente apresentou a justificativa da ausência do Doutor José Annibal da Silva, declarando ainda que êste fará a apresentação do seu trabalho sobre o serviço de manutenção em hospital geral, na próxima sessão. E como nada mais houvesse a tratar o Doutor Presidente designou a próxima sessão para o dia onze do corrente, às oito e meia horas, neste mesmo anfiteatro e mandou lavar esta ata.

Aos onze dias do mês de Junho de mil novecentos e cinquenta e oito, às oito e meia horas, nesta cidade do Rio de Janeiro, à avenida 13 de Maio número 23, segundo andar, presentes os Senhores Doutores Adriano Tounay Leite Guimarães, Maury Pinto de Oliveira, José Annibal da Silva, Athenahindo Borjes dos Santos e Senhorita Conceição Soares dos Santos, comigo Gabriel Pinto de Andrade, foi aberta esta sessão. Posta em discussão a ata da sessão anterior, foi aprovada por todos os presentes. Imediatamente o Doutor Maury Pinto de Oliveira declarando ter sido operado o seu filho, pediu permissão para retirar-se, o que o fez com a aprovação do Doutor Presidente. Em seguida o Doutor Presidente apresentou a matéria da mesa redonda sobre — Previdência e Assistência Social, respondendo os quesitos que serão apresentados no

Segundo Congresso de Hospitais a reunir-se em Belo Horizonte nos dias 1 a 6 de Julho próximo, tendo sido muito apreciado este belo trabalho. Imediatamente a Senhorita Conceição Soares dos Santos disse que estava providenciando material para mesa redonda, colhendo elementos no I.A.P.B. Logo depois o Doutor José Annibal da Silva declarou que na próxima sessão apresentará o seu trabalho Unidade de Pessoal Hospitalar, quando deverá estar presente o Doutor Manuel Pinto de Oliveira que deseja ouvir a leitura do trabalho. O Coronel Doutor Athenahindo Borjes dos Santos, declarou que d'ora em diante assistirá a estas sessões do I.P.H. — Rio e a sua presença hoje tinha por objetivo saber como vão sendo encaminhados os trabalhos concernentes ao Segundo Congresso Hospitalar a reunir-se em Julho próximo em Belo

Horizonte. O Doutor Presidente agradeceu a presença do Coronel Médico do Exército Doutor Athenahindo Borjes dos Santos, declarando que a sua presença a estas sessões constituiria um prazer e uma grande honra para o I.P.H. — Rio. E quanto as demarches podia adiantar que vários membros do I.P.H. iriam ao Congresso e bem assim alguns membros da Associação Brasileira de Hospitais e que a Delegação do I.A.P.B. já estava pronta e seria chefiada pelo Diretor Doutor Eli Baía de Almeida. O Doutor Presidente declarou ainda que faria aqui logo depois do seu regresso de Belo Horizonte uma conferência sobre os resultados do Congresso. Como nada mais houvesse a tratar, encerrou esta sessão, antes, porém designando a próxima para o dia dezoito do corrente às oito e meia horas neste mesmo anfiteatro.

RUIDO E DOENÇA SAO INCOMPATÍVEIS

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

“HOSPITAIS MAIS SILENCIOSOS PARA O BRASIL”

“HOSPITAL DE HOJE” É A SUA REVISTA

PRONTA PARA VEICULAR A SUA EXPERIÊNCIA

XII ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE

Realizou-se na sede da Organização, em Genebra, secretariada pelo seu diretor, Dr. M. G. Candau, de 12 a 31 de maio de 1959.

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DOS BRONQUIOS

Realizou-se em maio de 1959, em Madrid. Informações com o Prof. José Abello, Lagasca 13, Madrid.

III CONGRESSO MUNDIAL DE FERTILIDADE E ESTERILIDADE

Amsterdão, 7 a 13 de junho de 1959. Dr. L. I. Swaab, Sint Agnietenstr. 4

VI CONGRESSO-EXPOSIÇÃO INTERNACIONAL DOS TÉCNICOS DA SAÚDE

Acaba de se realizar, em Paris, de 9 a 12 de junho de 1959.

TUBOS PNEUMÁTICOS

A primeira instalação de correio pneumático em hospital belga foi recentemente inaugurada no Hospital Rainha Astrid, em Huy. Os tubos condutores tem 10 cm de diâmetro interior e os cartuchos usados são de plástico, havendo possibilidade de usar cartuchos de diversos comprimentos.

II EXPOSIÇÃO INTERNACIONAL DE EQUIPAMENTO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS

Realizou-se com sucesso em Londres, na Empire Hall, Olympia, de 25 a 30 de maio de 1959, cobrindo quasi 7.000 metros quadrados e com mais de 150 expositores da Grã-Bretanha, E.U.A., Holanda, Escandinóvia, etc.

Foram seus patrocinadores o Instituto de Administradores Hospitalares e o periódico "The Hospital", Londres.

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

Em continuação à exposição supracitada, realizou-se, em Edimburgo, de 1 a 6 de junho, o Congresso Internacional de Hospitais, sob os auspícios da Federação Internacional de Hospitais. O Comité Organizador Escocês se mostrou extremamente eficiente, vencendo galhardamente a dificuldade de receber um afluxo recorde de 800 delegados de 44 países.

Já em 31 de maio houve um encontro informal dos congressistas presentes na cidade, útil para reatar velho conhecimentos ou fazer novas amizades. O discurso inaugural, no dia 1, sobre o tema "Metodos eficientes no Hospital", foi pronunciado pelo professor de Administração Social na Universidade de Manchester, Dr. T. E. Chester. O custo crescente da instalação e manutenção dos hospitais, assim como a insuficiência de pessoal treinado, exige hoje em dia a aplicação de metodos economicamente eficientes no hospital. Acresce — disse ainda Dr. Chester — que o hospital de hoje é mais procurado e se fazem exigências muitíssimas mais altas a ele, no que respeita à eficiência médica. É por isto necessário que as comunidades organizem serviços dispensarios e domiciliares, preventivos, curativos e de reabilitação, afim de manter mais gente fora do hospital e para permitir a este dor alta precoce a seus doentes. Maior regionalização e maior difusão da utilização do "hospital de tempo parcial (Day Hospital ou Night Hospital)"

seriam possibilidades adicionais de melhor aproveitamento dos recursos existentes.

No segundo dia, mais 2 conferencias foram ouvidas sobre o assunto, uma do Vicemarechal W. L. Freebody, R.A.F. e outra do Diretor dos Hospitais Civis de Lyon, sr. L. Veyref. À tarde, começaram a se reunir grupos de discussão, dos quais os congressistas podiam participar, à sua escolha, com a seguinte divisão de trabalho:

1. Eficiência por compra cooperativa,
2. Outros serviços comuns de hospitais próximos,
3. Eficiência obtida por concentração de recursos médicos,
4. Eficiência obtida em grande hospital por centralização de serviços,
5. Eficiência em relações públicas,
6. Simplificação de rotinas hospitalares,
7. Métodos eficientes no planejamento e na construção,
8. Métodos eficientes aplicados aos casos crônicos e geriatricos,
9. Problemas de administração de pessoal,
10. Problema de organização médica,
11. O uso de aparelhos mecânicos e eletrônicos no hospital,
12. Métodos eficientes nos departamentos individuais.

Terminadas as discussões, o presidente de cada grupo apresentou ao plenário um resumo das discussões e suas conclusões e projetos de resoluções.

Um comité internacional coordenou tais proposições, para que fossem discutidas e votadas pelos delegados no dia subsequente. As seguintes conclusões foram aceitas pelo Congresso:

- I. Devem ser desenvolvidos programas de assistência a domicilio para reduzir o número de admissões ao hospital. Isto implica na provisão de adequado serviço ambulatório com facilidades preventivas e educacionais, e na necessidade de tornar os prontuários médicos e sociais acessíveis onde quer que o doente seja tratado.
- II. O padrão e a atmosfera nos centros de assistência aos doentes crônicos devem ser melhorados. A provisão de um departamento de assistência social em tôdas estas unidades pode contribuir grandemente para este fim.
- III. Leitos hospitalares novos devem ser abertos somente quando os existentes estiverem sendo utilizados com eficiência e quando ficar provado que são deficientes em quantidades ou qualidade.
- IV. Não seria sábio advogar o uso universal de aparelhamento mecânico ou eletrônico na administração. Devem ser introduzidas somente após cuidadosa investigação. Recomenda-se que uma comissão faça um relatório sobre o assunto ao próximo Congresso.
- V. Deve ser considerada seriamente a extensão do uso de lavanderia e serviços de roupa comuns a hospitais da mesma área.
- VI. As vantagens sobrepõem as desvantagens no estabelecimento de escolas de treinamento combinadas, de diversos hospitais próximos, quer para enfermeiras, quer para pessoal paramédico.
- VII. Serviços de compra comuns e padronização de material merecem maior desenvolvimento, mas com devida consideração ao gênero de material e ao tamanho do grupo comprador.

VIII. Ao lado de eficiente planejamento do recrutamento, e em vista à insuficiência de pessoal, deve-se: 1) fazer uso eficiente do pessoal treinado, não lhe impondo obrigações que possam ser realizadas por pessoal menos treinado ou mecânicamente; 2) melhorar as condições de emprego, principalmente a remuneração e a acomodação; 3) não aplicar limites etários estritos na admissão de pessoal; 4) usar pessoal em tempo parcial.

IX. É importante estimular o espírito de equipe e de leal participação do pessoal nas atividades do hospital por vários meios como são contratos pessoais, comités consultivos, boletins.

Um amplo programa social permitiu aos participantes do Congresso travar relações com a hospitalidade, as tradições e as paisagens e velhas mansões da Escócia. Um comité especial presidido pela Dra. May Baird organizou uma exposição de projetos de enfermaria, muito visitada. Também os hospitais da cidade foram muito visitados.

Está sendo preparado um Relatório sobre o Congresso, contendo as conferencias sumários da discussão nos diversos grupos e a lista dos participantes.

NOVO CONSELHO DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

Por acasão do Congresso houve eleição do novo Conselho Administrativo, empossado em 1 de junho de 1959 e constituído por A. Andersen (Dinamarca), M. Baird, (Escócia), Dr. R. C. Buerki (U.S.A.); Dr. J. C. J. Burkens (Holanda); E. F. Collingwood (Inglaterra); Avv. L. Colombo (Itália); Dr. E. L. Crosby (U.S.A.); Dr. R. De Cock (Bélgica); Dr. J.-P. de la Cámara (Espanha); Dr. G. L. Del Castillo (Filipinas); M. W. Doran (Irlanda); E. J. Faucon (França); Msgr. Dr. P. Firmenich (República Federal Alemã); Prof. A. Grönwall (Suécia); Dr. S. Halter (Bélgica); Dr. Y. S. Raafat (Egito); J. Minjoo (França); Dr. A. J. Pires (Portugal); Dr. P. M. Songani (Índia); Sir Herbert Schlink (Austrália); Capt. J. E. Stone (Inglaterra). Dr. R. X. De Cock (Bélgica), até agora Vice-presidente, foi eleito Presidente da Federação Internacional de Hospitais. Foram eleitos vice-presidentes E. L. Crosby (E. U. A.), E. F. Collingwood (Inglaterra) e E. J. Faucon (França). Secretário e Tesoureiro será o Dr. J. C. J. Burkens (Holanda). A Secretaria não mudará de endereço. Foi indicado o seguinte Comité Executivo: A. Andersen, L. Colombo, M. W. Doran, P. Firmenich, A. Grönwall.

O Conselho Administrativo aceitou, em base experimental por dois anos, a oferta da Associação Americana de Hospitais de servir como Escritório Regional da Federação para o Hemisfério Ocidental, com o intuito de assegurar maior participação de países americanos nas atividades da Federação.

A Assembléia Geral aceitou uma recomendação do Conselho, no sentido da difusão da proposição da Associação Franceza, da celebração, em cada país, a 12 de maio, do DIA DO HOSPITAL. Ajudaria a celebração levar ao público os problemas hospitalares e torna-los mais compreendidos.

VIAGEM DE ESTUDO AOS ESTADOS UNIDOS

A Federação Internacional de Hospitais, a convite da A.H.A., organizará uma viagem de estudos à parte leste dos E.U.A. em setembro de 1960.

XII CONGRESSO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

Ficou acertado que o próximo Congresso Internacional de Hospitais se realizará em Veneza (Itália), em 1961.

IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Efetuiu-se em Düsseldorf, Alemanha, de 2 a 9 de maio de 1959, organizada pela União Internacional para a Educação Sanitária das Populações. A Secretaria da União está instalada em Paris (I), rue Saint-Denis 92, a/c. Mr. Lucien Viborel. A União publica o International Journal of Health Education, trimestral, com redação na Suíça (Genève, rue Viollier 3). Dedicou-se à educação sanitária da infância e da adolescência, considerada sob o triplo ângulo da família, da escola e da comunidade.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PNEUMOCONIOSE

Realizou-se na África do Sul, em Johannesburg (18, Loveday Street — South African Council for Scientific and Industrial Research), de 9 a 24 de fevereiro de 1959.

CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE PESQUISAS EM ANESTESIA

Realizou-se de 20 a 23 de abril de 1959, em Miami Beach, Florida (Secretário Geral Dr. A. W. Friend, East 107 & Park Lane, Cleveland 6, Ohio, E.U.A.).

ESTATÍSTICAS HOSPITALARES

Uma Conferência sobre Estatísticas Hospitalares, patrocinada pelo Escritório Europeu da O.M.S., realizou-se de 24 a 28 de novembro de 1958, com participação de estatísticos e administradores de serviços de saúde de 10 países europeus.

Ao uso de estatísticas no planejamento e na avaliação de serviços hospitalares foi dedicada especial atenção.

SERVIÇOS DE LABORATÓRIO EM HOSPITAIS

O Segundo Relatório do Comitê de Peritos da O.M.S. trata especificamente de serviços de laboratório de hospitais, e foi publicado como n.º 161 da Technical Report Series, podendo ser adquirido através dos agentes no Brasil, a Livraria Agir.

PRÊMIO LEON BERNARD DE MEDICINA SOCIAL

A XI Assembléia Mundial de Saúde realizou-se em Mineapolis, sob a presidência do Dr. Leroy Burnay, diretor do Serviço de Saúde dos Estados Unidos. Após o seu discurso inaugural, atribuiu o prêmio da Fundação Léon Bernard ao Dr. Thomas Parran, antigo diretor de Saúde dos Estados Unidos e atualmente decano da Escola de Saúde Pública da Universidade da Pensilvânia. O Dr. Parran é o oitavo cientista a receber esta distinção criada pela secção de Higiene da Sociedade das Nações e destinada a premiar os resultados práticos obtidos em Medicina Social.

Lembremos as personalidades a quem já foi conferido o prêmio: Dr. W. Sawyer (Estados Unidos), Prof. René Sand (Bélgica), Prof. C. E. Winslow (Estados Unidos), Dr. Johannes Frandsen (Dinamarca), Prof. Jacques Parisot (França), Prof. Andrija Stampar (Iugoslávia) e Prof. Marcin Kacprzak (Polónia).

O Dr. Parran distinguiu-se pela contribuição excepcional por ele dada ao desenvolvimento da saúde pública nos Estados Unidos, em particular no estabelecimento de programas nacionais de luta contra as doenças venéreas, tuberculose e câncer, e pelo papel importante por ele desempenhado na construção hospitalar americana.

IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS

Durante o IV Congresso das Misericórdias, realizado em Lisboa, foi aprovada uma proposta para que no próximo Congresso a efetuar-se em Braga, Portugal, seja instituído o Dia da Brasil, todo êle dedicado às Misericórdias brasileiras e aos trabalhos dos congressistas patricias.

1.ª BOMBA DE CÉSIO

A primeira bomba de césio foi instalada na Europa, em Paris no Centro de Combate ao Câncer, onde se passa a dispor de equipamento ultra-moderno para a cancerologia. A bomba de césio funciona com os mesmos princípios da bomba de cobalto, sendo as radiações produzidas por um corpo radioativo o césio 13, fabricado em pilhas atômicas, sendo mais ativo e menos perigoso que o cobalto.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS

Realizou-se em Milão de 6 a 10 de maio de 1959. Secretário: Prof. F. Colanelli, c. di Porta Nuova 46.

I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENDOCRINOLOGIA

O I Congresso Internacional de Endocrinologia vai realizar-se na Universidade Técnica da Dinamarca, em Copenhague, de 18 a 23 de Julho do ano próximo.

As línguas oficiais serão a alemão, inglês, francês e espanhol. Um volume contendo sumários dos temas a serem relatados será distribuído aos membros, no momento da inscrição. O programa preliminar deste Congresso foi assim organizado:

1 — Dez simpósios, para os quais foram convidados "speakers";

a) A regulação da secreção pituitária anterior pelo sistema nervoso central;

b) Hormônios polipeptídeos da pituitária posterior;

c) Harmonia paratiróide e metabolismo do cálcio;

d) Aspectos da reprodução;

e) Síndromes adrenocorticais;

f) Aldosterona;

g) Farmacologia dos esteróides;

h) Ação hormonal ao nível celular;

i) Temas em endocrinologia comparada;

j) Mesa redonda para discussão sobre ensaios hormonais de valor na clínica.

2 — Comunicações curtas e discussões relacionadas aos assuntos acima mencionados. Haverá também uma grande exposição técnico-científica, que funcionará no edifício do Congresso, e serão organizadas excursões, distrações etc., dentro de um programa social.

Tratando-se do primeiro congresso internacional do gênero, com a participação oficial de sociedades de endocrinologia, é de prever um grande sucesso no empreendimento.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolologia encontra-se representada oficialmente, tendo contribuído com a importância de 2 mil coroas suecas. O Dr. Mauricio Teichholz, seu Vice-Presidente, foi designado para a Comissão Executiva Internacional.

A participação dos colegas brasileiros deverá ser feita através da Sociedade Brasileira de Endocrinologia. Os interessados deverão dirigir-se ao 1.º Secretário, Dr. J. Procópio Valle, rua Sacadura Cabral, 178, Rio de Janeiro.

IV CONGRESSO SUL-AMERICANO DE ELÉTRO-ENCEFALOGRAFIA E NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Realizou-se em Santiago do Chile, de 12 a 15 de abril de 1959, o VIII Congresso Latino-Americano de Neurocirurgia, ao mesmo tempo do IV Congresso Sul-Americano de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica e do Simpósio Internacional de Investigações Neurológicas.

Os temas do VIII Congresso Latino-Americano de Neurocirurgia fora os seguintes: Nervos cranianos; Tumores e Cirurgia; Cerebela.

O IV Congresso Sul-Americano de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica constou de várias Mesas Redondas.

Haverá ainda várias conferências e cursos integrados nos conclaves.

Todas as informações sobre estas manifestações, deverão ser pedidas ao Instituto de Neurocirurgia, Casilla 70 D — Santiago do Chile.

③ O Primeiro Congresso de Nefrologia, organizado pela Sociedade Francesa de Patologia Renal e Sociedades congêneras da Escandinávia, da Itália e da América do Norte, foi adiado para Setembro de 1960, em vez de Setembro de 1959.

④ O Colóquio Internacional sobre Comunicações e Línguas organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, sob o patrocínio de várias sociedades e serviços médicos, realizou-se naquela capital em fins de janeiro de 1959.

⑤ Congresso Internacional de Cirurgia Plástica teve lugar em Londres, em Julho de 1959, com o seguinte programa: cirurgia das deformidades congênitas; traumatismo da face; cirurgia do cancro da pele; cirurgia cosmética; feridas da mão na indústria; anestesia na cirurgia plástica; projetos de investigação.

PALUDISMO

A O.M.S. acaba de editar uma brochura sobre a Erradicação do Paludismo, na qual o Diretor-Geral dr. Candau, diz que, agora, a humanidade tem possibilidades de fazer desaparecer completamente o Paludismo. O Diretor-Geral foi autorizado pela 8.ª Assembléia Geral da O.M.S. a solicitar dos governos dos países onde ainda há sazonalidade a dar prioridade aos projetos de erradicação desta doença no que se refere aos pedidos de assistência que apresentem às Nações Unidas. No entanto, diz-se na referida brochura que em 1955 o paludismo ainda atingia anualmente 200 milhões de pessoas e causava 2 milhões de mortes. Atualmente, pensa-se que é de 1.100 milhões o número de indivíduos expostos à doença.

UM HOMEM DE CORAÇÃO ARTIFICIAL

Segundo o Prof. Ragnar Waken em declaração ao Conselho das Pesquisas Médicas da Suécia, há um homem em Estocolmo que vive exclusivamente graças aos impulsos dados por uma pilha elétrica.

Esse doente, cujo coração está fraquíssimo recebe a energia necessária ao funcionamento deste órgão, de um pequeno acumulador introduzido no ventre. Acrescentou aquele cientista que já se tinham efetuado operações idênticas antes desta, mas, até agora, as pilhas estavam "fora do corpo" sendo a energia conduzida ao coração por fios que atravessavam o peito. O método provocou infecções e teve, nalguns casos, resultado fatal.

A bateria pode ser carregada do exterior. A corrente é conduzida por um fio e uma agulha em contato com o coração.

(De Tribuna Médica)

Departamentalização do Hospital Moderno

D R . H U M B E R T O B A L L A R I N Y

Diplomado nos USA pela Department of Health Education and Welfare.

Professor dos Cursos de Organização e Administração Hospitalares da Diretoria de Cursos da Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde e da Legião Brasileira de Assistência. Consultor hospitalar da Sartec e da Santa Casa da Misericórdia, Ex-Diretor do Hospital São Francisco de Assis, Ex-Superintendente do Instituto de Fiericultura e Ex-Consultor Hospitalar da Universidade do Brasil.

Uma vez definida as partes componentes do hospital ou de qualquer instituição de assistência médico-social e é suas unidades físicas e operacionais, cabe ao Consultor hospitalar reunir os elementos físicos da empresa em dois grandes grupos:

A — Órgãos de atividades fim;

B — Órgãos de atividades meio.

Os órgãos de atividades fim se destinam a prestar os serviços de assistência médica e hospitalar através dos cuidados prestados diretamente aos pacientes atendidos pelo hospital, bem como a promover o aperfeiçoamento da assistência hospitalar. Os órgãos de atividades meio são aqueles destinados a executar os serviços de assistência hospitalar que não dizem respeito as operações técnicas de diagnóstico, tratamento e cuidados prestados ao paciente, mas sim as operações de segurança, comerciais financeiras, contábeis e administrativas necessárias ao funcionamento do hospital.

A — Entre os órgãos destinados as atividades fim do hospital, podemos enumerar:

100 — Corpo Clínico

200 — Grupamento de Órgãos Assistenciais

210 — Departamento de Paciente Externo

211 — Ambulatórios

212 — Pronto Socorro

213 — Assistência Hospitalar a Domicílio

214 — Posto de Saúde

220 — Departamento de Paciente Interno

221 — Unidades gerais de internação

222 — Unidades de cuidados intensivos

223 — Unidades de isolamento

224 — Unidades especiais de internação

224-1 — Maternidade

224-2 — Unidades de pediatria etc..

230 — Departamento Complementar de Diagnóstico e Tratamento

231 — Laboratório de Análise Clínicas

232 — Laboratório de Anatomia Patológica

233 — Radiologia

234 — Centro Cirúrgico

- 235 — Reabilitação
- 236 — Odontologia
- 237 — Anestesia e Gazoterapia
- 238 — Banco de Sangue
- 239 — Eletro Diagnóstico etc..

240 — Departamento Técnico

- 241 — Enfermagem
- 242 — Dietética
- 243 — Registro Assistencial (admissão e alta — Arquivo e Estatística Médica)
- 244 — Serviço Social
- 245 — Centro de Esterilização e Material Assistencial
- 246 — Farmácia
- 247 — Assistência Religiosa etc..

300 — Departamento de Ensino e Pesquisa

- 310 — Biblioteca
- 320 — Centro de Estudos ou aperfeiçoamento profissional
- 330 — Escolas Médicas
- 340 — Escolas de enfermagem
- 350 — Escolas para formação de técnicas para-médicos
- 360 — Centros de medicina e Cirurgia experimentais.

B — Entre os órgãos destinados as "atividades meio" do hospital, podemos enumerar:

400 — Mesa Administrativa

- 410 — Gabinete do Presidente
- 420 — Conselho Normativo
- 430 — Conselho Curador

500 — Superintendência

- 510 — Gabinete do Superintendente
- 511 — Secretario
- 512 — Documentação e Estatística
- 513 — Relações Públicas
- 514 — Voluntárias

600 — Grupamento de Serviços Gerais

- 610 — Pessoal
- 620 — Departamento de Economato
- 621 — Contabilidade
- 622 — Tezouraria
- 623 — Compras

700 — Grupamento de Órgãos Auxiliares

- 710 — Instalações e Reparos
- 720 — Almoxarifado
- 730 — Zeladoria
- 740 — Lavanderia

Grupados os órgãos de acôrdo com as suas atribuições, compete ao Consultor hospitalar, estruturá-los através de uma representação gráfica que, dentro da maior simplicidade, sem cruzamento de linhas ou dualidades de comando, traduza:

- a) o propósito geral do hospital, indicando quais os órgãos fim e meio;
- b) o escalonamento hierárquico e as relações de autoridade existentes entre os órgãos;
- c) a interação ou relações inter departamentais.

A representação gráfica dessa estrutura ou organograma da empresa, deve retratar a sua anatomia, ser a radiografia da sua constituição orgânica, em última análise deve expressar a departamentalização dos órgãos do hospital.

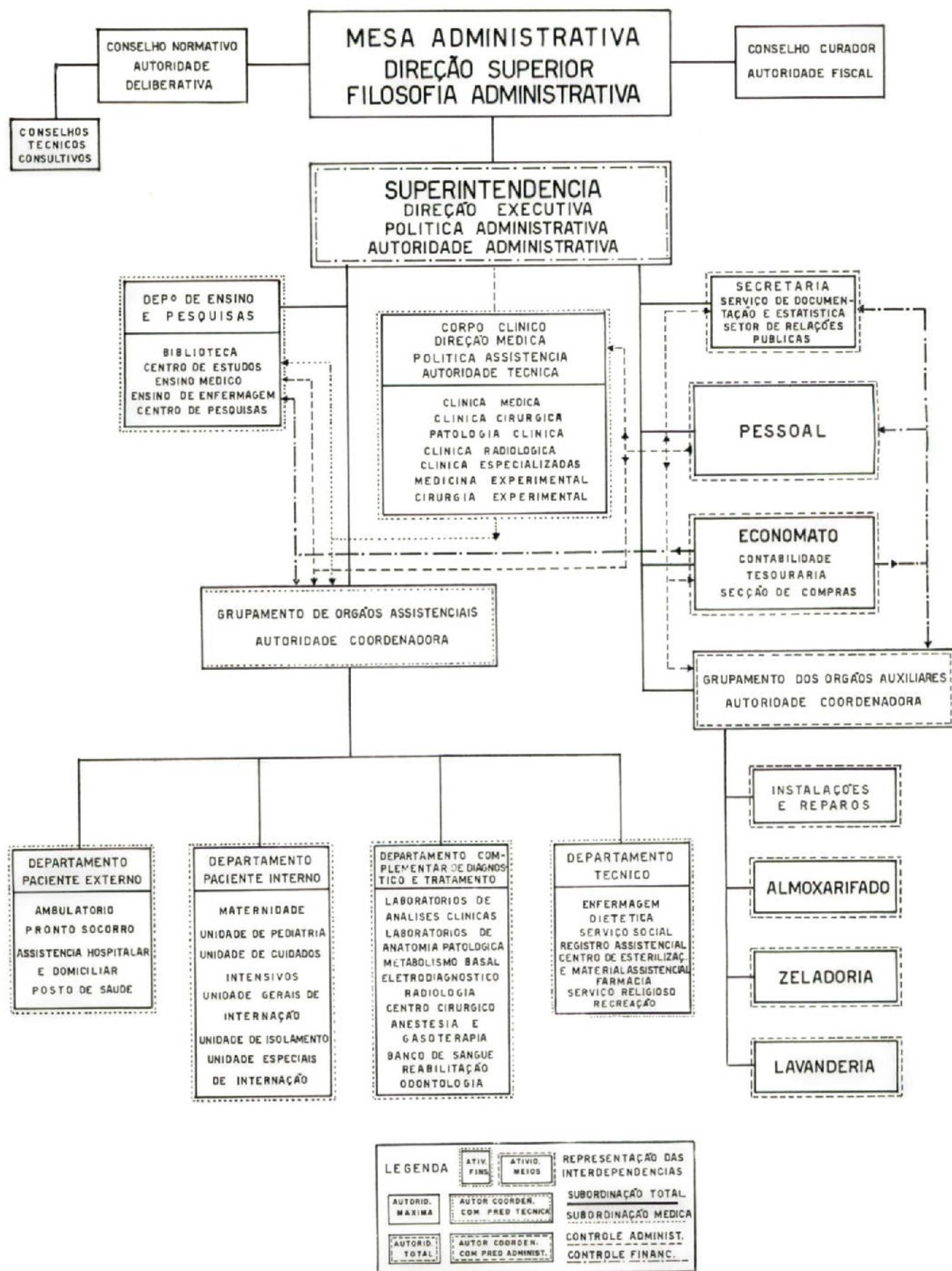
Dentro do nosso ponto de vista consideramos:

Departamentalização como o emprêgo sistemático da experiência adquirida e do bom senso, no grupamento coordenado dos órgãos ou dos serviços de uma empresa, tendo como objetivo maior e melhor produtividade com o menor emprêgo de material, mão de obra e de recursos financeiros;

ORGÃO — Como o conjunto de elementos físicos (planta física e material) e sociais (pessoal-capital e regulamentos) estruturados com o fim de prestar serviços específicos a determinada clientela;

UNIDADE FÍSICA — Como uma simples área onde estão representadas as instalações e equipamento fixos necessários à realização de uma atividade;

ORGANOGRAMA BASICO DO HOSPITAL



UNIDADE OPERACIONAL — Como o conjunto de unidades físicas necessárias a realização de uma função ou de um grupo de funções;

SERVIÇO — Como o conjunto de unidades operacionais reunidas em um órgão sob a mesma orientação técnica, comando, coordenação e controle.

Quando a departamentalização visa representar esquemáticamente a estrutura orgânica, denominamos Organograma do Hospital.

Quando desejamos departamentalizar os serviços do hospital estruturando a sua fisiologia, na representação gráfica do seu funcionamento, ou melhor na fotografia da sua política administrativa, traçaremos o funcionograma do hospital.

Na tarefa de departamentalizar um hospital, devemos considerar:

a) os progressos da engenharia e arquitetura, levando em conta a moderna especialização das instalações gerais e especiais e os revolucionários planos funcionais de ventilação, iluminação e circulação, a serem empregadas nas unidades físicas.

b) o aperfeiçoamento, a complexidade de funcionamento e o custo elevado do equipamento e da instrumental empregado na assistência ao paciente.

c) o desenvolvimento das ciências e artes afins empregados na moderna assistência médico-social, acarretando a variedade de técnicos especializados e a limitação dos âmbitos de ação individual.

d) a despendiosa manutenção do hospital moderno a qual exige uma perfeita coordenação e rigoroso controle do material e mão de obra, a fim de reduzir o consumo e eliminar o desperdício.

e) a especialidade de técnicas e de rotinas de funcionamento de cada órgão acarretando uma ampla difusão das linhas de autoridade coordenadora e um maior número de delegações das funções de gerência e de supervisão.

O organograma básico, que como já vimos, difere do funcionograma pelos seus propósitos, deve:

a) servir de roteiro para a elaboração do antiprojeto arquitetônico;

b) sistematizar a filosofia da empresa segundo os seus estatutos ou regulamentos;

c) servir de base a posterior departamentalização dos serviços ou funcionograma geral, sem prejudicar a ampliação da estrutura funcional dos setores e seções.

d) permitir a modificação de posição das unidades físicas ou operacionais, transferindo-as dos órgãos em que se encontrem para outros serviços desde que permaneçam dentro do mesmo grupo de atividades e não contrariem fundamentalmente os dispositivos estatutários.

O funcionograma por sua vez deve expressar:

a) a interação entre as unidades operacionais;

b) a interdependência e seqüência hierárquica de modo a permitir a descentralização das técnicas sem a quebra da unidade de comando;

c) a centralização da coordenação e controle das funções realizadas e dos serviços prestados pelos diversos órgãos do hospital;

d) o tipo de atendimento da clientela de cada órgão e as facilidades das relações interdepartamentais, dentro dos esquemas racionais de circulação vertical e horizontal;

e) a sistematização dos processos e técnicas na realização das funções básicas do hospital e no exercício continuado das funções atribuídas a cada órgão;

f) o escalonamento hierárquico dos ocupantes dos cargos e funções quando no exercício das tarefas a eles atribuídas.

Tôdas as unidades físicas e operacionais, os órgãos, os departamentos e os grupos de órgãos estruturadas no organograma com o propósito de executar as funções técnicas de segurança contábil, financeira, comercial e administrativa, serão representados no funcionograma como setores seções, serviços, divisões e departamentos. Os ocupantes dos cargos e funções de chefia daqueles órgãos, estariam invertidos pelo Regimento das autoridades de: gerência, fiscal supervisora ou coordenadora.

Externados os nossos pontos de vista, passemos a discutir o organograma básico do hospital, que, concebemos para servir de roteiro ao planejamento de qualquer instituição de assistência social. (Vide desenho anexo).

Os princípios e a técnica adotados na construção do organograma por nós apresentado, obedeceu a padronização proposta por John J. Furia no seu manual "How To Make and Interpret Functional Organization Charts".

Para a correta e rápida interpretação do organograma básico, que idealizamos para ser adaptado a qualquer tipo de hospital, é necessário que o leitor se familiarize com a legenda existente no canto direito superior da figura em anexo.

Como é fácil verificar os órgãos de atividades fins estão representados pelos retângulos de base menor que a altura e circundados extremamente pela linha pontilhada enquanto que os órgãos de atividade meio estão representados pelos retângulos de base maior que a altura circundados pela linha interrompida.

De acordo com a nossa concepção os titulares dos órgãos de atividades meio, onde se processam como atividades específicas as funções administrativas, denominados Mesa Administrativa, Superintendência, Grupamento de Órgãos Assistenciais (Divisão ou Departamento no funcionograma) Grupamento de Órgãos Auxiliares (Divisão ou Serviço no funcionograma), estão investidos respectivamente dos graus de autoridade: máxima, total, coordenadora com predominância administrativa.

A autoridade de deliberar, estabelecendo a filosofia da instituição ou de zelar pelo seu patrimônio material técnico, moral e financeiro exercida pelos membros da Mesa Administrativa é a que consideramos autoridade máxima.

O órgão executivo a quem a mesa administrativa delega a autoridade total para estabelecer a política administrativa e subdelegar comandos, esta representada pelo retângulo circundado internamente pela linha interrompida de traço e ponto. A superintendência delega uma autoridade coordenadora, ou seja todos os poderes de forma reduzida, com exceção de um que predominará sobre as demais funções da empresa.

Assim ao titular do Departamento ou Divisão Assistencial ou Diretor Médico, o Superintendente ou Diretor Executivo, delega uma autoridade coordenadora com predominância da função técnica ou seja a supervisão das atividades assistenciais.

Coerente com esse critério, o Grupamento de Órgãos Assistenciais, no organograma em anexo, está representado pelo retângulo circuncundado internamente com uma linha pontilhada

Ao administrador ou assistente administrativo, denominação que adotamos para o titular da Divisão ou Serviços Auxiliares será relegada uma autoridade coordenadora com predominância das funções administrativas e de segurança.

Será da competência do administrador, o comando, a coordenação e o controle das atividades de manutenção, conservação e limpeza: da planta física, instalações e material da instituição. Aos titulares da autoridade coordenadora seria outorgada a capacidade de tomar decisões de emergência necessárias a ajustar a engrenagem e manter a indispensável ação dos órgãos, sob sua supervisão. Os chefes de serviços exercerão as funções administrativas, predominando sua autoridade da supervisão sobre a função principal do serviço que chefiarem. Defendemos o ponto de vista que o Presidente eleito do Corpo Clínico deva ser o Diretor Médico da Divisão ou Departamento Assistencial e que um administrador ou Assistente Administrativo seja indicado pelo Superintendente para a chefia do Grupamento de Serviços Auxiliares. A coordenação e controle das funções contábeis, financeiras, comerciais e de administração do pessoal atribuídas aos órgãos de Contabilidade, Tezouraria, Compras e Pessoal, são no terreno da política administrativa indelegáveis. Se a autoridade executiva delegar a supervisão das mesmas, fatalmente, sofrerá uma despersonalização ou criará uma situação de dualidade de comando ou, na administração de sua empresa, haverá uma quebra do escalonamento hierárquico.

Os órgãos meios que acabamos de citar relacionados no grupamento dos serviços gerais possuem uma ação orientadora de controle sobre as operações contábeis, financeiras e comerciais, realizadas em todos os órgãos do hospital, porém, a autoridade executiva necessária à gerência daquelas operações devem emanar da própria Superintendência, que exerce a função administrativa geral sobre toda a estrutura orgânica. Aos titulares dos órgãos de serviços gerais é conferido pela Superintendência a supervisão, apenas, do controle das funções contábeis, financeiras, comerciais e de administração de pessoal representadas, respectivamente, pelas linhas ---- traço e ponto: ---- e interrompida.

O titular da Superintendência que representa a autoridade ou a direção executiva do hospital, escolhido pela Mesa Administrativa deve ser um médico diplomado em organização e administração hospitalares, que não exerça a medicina no hospital que dirige.

Para diferenciar do Diretor médico, propomos a denominação de Superintendente.

Aos órgãos meios relacionados no grupamento de órgãos auxiliares, são atribuídas as operações essenciais de segurança relacionados com a planta física e material e que indiretamente contribuem para o bem estar do paciente.

Como podemos ver no organograma em anexo, os órgãos colegiados que representam a autoridade deliberativa e fiscalizadora da filosofia da instituição estão no 1.º plano constituindo a cúpula da

estrutura orgânica. (Mesa Administrativa com os seus órgãos de Staff comissional, os Conselhos Normativo e Curador).

Em 2.º plano, vemos o órgão representante da autoridade executiva, a Superintendência que através da política administrativa faz cumprir as determinações emanadas da Mesa Administrativa por intermédio dos atos decisórios e dos atos normativos (regulamentos e regimentos).

Justapostos à Superintendência, vemos dois órgãos tipo Staff, sem qualquer interferência de autoridade sobre os demais. Um do tipo Staff assessorial, o Departamento de Ensino e Pesquisa, executando as atividades fins de propiciar o aperfeiçoamento das ciências e artes ligadas a assistência aos pacientes, através do ensino e da pesquisa. Outro do tipo Staff auxiliar ou informativo, o Gabinete do Superintendente, reunindo os elementos de contato entre o hospital e a comunidade. Nesse órgão, que nos grandes hospitais pode se transformar em um departamento, incluímos as unidades físicas ou operacionais, setores, seções ou serviços, de Secretaria, Documentação e Estatística, Relações Públicas e Voluntárias.

Todas as atividades ali realizadas a nosso ver não podem deixar de permanecer diretamente ligadas a autoridade executiva e os titulares daqueles órgãos devem despachar diretamente com o Superintendente.

Abaixo da Superintendência ocupando a posição do coração da estrutura orgânica, e, na interdependência apenas administrativa (linha vertical interrompida) encontramos o órgão fim "Corpo Clínico".

O Corpo Clínico representa o órgão básico do hospital a quem a própria Mesa Administrativa, através do Regimento do Corpo Clínico, delega aos seus membros absoluta autonomia a técnica na execução da assistência médica a ser prestada a clientela do hospital. O corpo clínico é um órgão de direção autônoma, que traça a política assistencial, sendo seus membros investidos de autoridade técnica a ser exercida sobre todos os órgãos de atividades fins, conforme está representado no organograma pela linha pontilhada de subordinação médica. A subordinação do Corpo Clínico à Superintendência não é total como acontece com os demais órgãos, mas sim parcial, apenas administrativa, no que diz respeito ao controle dos atos e fatos ligados às funções administrativas de segurança e de economato.

Os diversos tipos especializados de assistência médica constituem a departamentalização do corpo clínico.

Em plano horizontal logo abaixo ao Corpo Clínico, encontramos o grupamento dos órgãos assistenciais, comumente figurando nos organogramas dos nossos hospitais como a Divisão Médica. Os nossos técnicos em organização, seguindo os clássicos não evoluídos, costumam departamentalizar a Divisão Médica de acordo com os Chefes de Clínicas existentes no seu quadro de médicos. Não podemos de modo algum, concordar com este estado de coisas admissíveis nos hospitais do século passado, mas, que contraria todos os conceitos modernos sobre: trabalho em equipe, racionalização na utilização dos recursos assistenciais, índice de ocupação hospitalar, princípios de economia médico-social e "progressive care" desenvolvidos pelos estudiosos do século XX.

No início do trabalho dissemos que entre outros, um dos propósitos do organograma era servir de roteiro para a elaboração do projeto arquitetônico.

Assim sendo, as unidades físicas e ocupacionais que integram os órgãos de atividades fim, devem ser grupadas em função da finalidade básica do hospital ou seja a assistência a sua magestade, o paciente. Logo as instalações e equipamentos fixos das unidades assistenciais devem obedecer a uma racionalização que vise o bem estar físico psíquico e social dos pacientes.

Portanto o hospital deve ser construído em função da segurança e conforto do paciente e não como outrora em razão da conveniência pessoal, da vaidade ou do prestígio de alguns médicos elevados à categoria de chefes. O médico, embora seja a figura central da assistência médico-social, apenas dispense alguns minutos para traçar a orientação geral a ser seguida pelos restantes membros da equipe hospitalar, durante as 24 horas dos cuidados prestados aos pacientes.

A assistência médica, não pode haver dúvidas, norteia toda a assistência hospitalar, que dela depende integralmente. O paciente sob os cuidados dos diretores, X, Y ou Z, membros do Corpo Clínico e portanto com franquia a qualquer dependência do hospital, deverá ser sempre atendido na unidade de internação melhor dotada de instalações e servida pela equipe de pessoal técnico habilitada para cumprir fielmente as prescrições médicas e apta a prestar com a máxima segurança os cuidados hospitalares que o caso exigir.

Não se justifica mais a existência do andar do Dr. Fulano nem o serviço do Dr. Beltrano, a figurarem na estrutura do clássico Departamento Médico representados errôneamente na maioria dos organogramas de hospitais como órgãos grupados em Divisão de Medicina (clínica Médica alergia cardiologia dermatologia e sífilis, endocrinologia, pediatria gastroenterologia, psiquiatria, doenças pulmonares e etc.) e Divisão de Cirurgia (cirurgia geral — traumatologia e ortopedia, cirurgia nervosa — obstetrícia, ginecologia, urologia-otorino, oftalmologia etc.).

Pelo nosso conceito de departamentalização expresso no organograma básico em anexo, não é possível uma sistematização racional das plantas físicas, do material, do pessoal, dos processos e técnicas a serem utilizadas na realização contínua das atividades atribuídas àquelas especialidades ou tipos de assistência médica. As diversas especialidades médicas constituem, ao nosso ver, uma departamentalização por processos de diagnóstico ou tratamento por localização anatômica, por fator etário ou por fator etnológico a ser usada apenas no funcionograma do Corpo Clínico.

Tomemos com exemplo a cardiologia que é um tipo de assistência médica prestada pelo cardiologista membro do Corpo Clínico, ao paciente externo ou interno, quer frequentando os ambulatórios ou quer internado na maternidade, na unidade de cuidados intensivos, na pediatria, na unidade de isolamento, quando operado no centro cirúrgico ou ao submeter-se ao cateterismo cardíaco no Serviço de Radiologia.

O material e o pessoal técnico empregado no diagnóstico e tratamento do cardíaco, estão distribuídos pelas unidades assistenciais de pacientes externos e internos e pelos serviços técnicos e complementares de diagnósticos e tratamento.

Assim: o eletrocardiógrafo, os cateteres e demais equipamentos serão fornecidos pelo Centro de Esterilização e Material Assistencial, os cuidados de enfermagem serão prestado pelo pessoal do Serviço de Enfermagem; as prescrições dietéticas serão executadas pelo Serviço de Alimentação; as fichas e impressos de registro da

assistência prestada ao cardíaco, serão fornecidos pelo Serviço de Registro Assistencial; a reintegração social do cardíaco recuperado é da alçada do Serviço de Reabilitação; no Serviço de Radiologia, serão realizados os cateterismos do sistema circulatório e os processos e técnicas a serem utilizados pelos médicos que assistirem o cardíaco, obedecerão a orientação da escola de cardiologia seguida pelo Corpo Clínico.

Como vemos a cardiologia não possui uma unidade física própria, a não ser que em um hospital especializado, reunamos os recursos materiais e o pessoal em unidades físicas estruturadas como um órgão do Departamento Complementar de Diagnóstico e Tratamento a ser denominado Serviço de Cardiologia.

A mesma análise poderá ser aplicada a todas as especialidades médicas e veremos que as mesmas não podem ser consideradas no organograma básico do hospital geral como órgãos isolados.

Não está de acordo com as técnicas de racionalização do trabalho nem tão pouco com os modernos conhecimentos da medicina psicossomática, colocar um paciente convalescente que necessita apenas de um ambiente calmo e otimista e de cuidados de enfermagem simples e pouco frequentes ao lado de outro doente em coma ou em estado desesperador, mobilizando ativamente a mesma equipe de enfermagem na prestação de serviços de alto padrão técnico. Nesse caso quer o convalescente, quer o agonizante, serão mal atendidos. Uma enfermeira de alto padrão, pode supervisionar equipes de auxiliares de enfermagem e atendentes responsáveis pelos cuidados de cerca de 100 pacientes em período de defervescência ou em franca convalescência. Já os pacientes em estado grave, ou cujo tratamento reclame técnicas de alta enfermagem, só deverão ser cuidados por enfermeiras diplomadas, cuja disponibilidade é cada vez menor para atender as necessidades de todos os países do mundo. É ante econômico, ao planejarmos as unidades físicas de internação, equipar todos os quartos e enfermarias com O_2 e aspiração canalizada se apenas uma percentagem mínima dos pacientes internados, necessitam daqueles recursos terapêuticos. Não é aconselhável entregar doentes em estado grave à equipes de enfermagem onde predominam auxiliares e atendentes. São essas as razões que nos levaram a reunir as unidades, físicas e operacionais nos seguintes órgãos do Departamento de Paciente interno.

I — **MATERNIDADE** — reunindo o conjunto de unidades físicas:

a) quartos particulares e semi-particulares, isolamento, enfermarias para gestantes, banheiros, sala de curativos, sala de estar e refeitório;

b) salas de trabalho, salas de parto, sala de instrumental, lavatórios, centro de recuperação, vestiários para os técnicos;

c) unidades dos recém-nascidos normais, unidade dos prematuros, unidades de observação e dos infetados, salas de exames e tratamentos;

II — Unidades de internação para Pediatria, utilizadas preferencialmente pelos membros da seção ou setor de Pediatria do Corpo Clínico, sem ser considerado com um Serviço de Pediatria da Divisão Médica como outrora.

III — Unidades de cuidados intensivos compreendendo: planta física de preferência a ser localizada mais próxima dos órgãos de Diagnóstico e Tratamento; material, pessoal especializado, ro-

tinias e técnicas, estruturados para prestar assistência hospitalar aos pacientes em estado grave ou que requeiram cuidados especiais de enfermagem. Uma criança em estado grave ou na recuperação de uma operação intra cardíaca, ficará internada na unidade de cuidados intensivos e não nas unidades de pediatria. Continuará sob a responsabilidade do pediatra, mas, assistida também pelo Cardiologista, Cirurgião e outros membros do Corpo Clínico, conforme venha a exigir sua situação clínica.

IV — Unidades gerais de internação, compreendendo: quartos particulares e semi-particulares, enfermarias, quarto de isolamento, banheiros sala de curativos, sala de estar e refeitórios; destinadas à internação dos pacientes matriculados no hospital e que não requeiram cuidados hospitalares especiais.

V e VI — As unidades de isolamento e as unidades especializadas de internação a figurarem ou não no organograma conforme a natureza da clientela a ser atendida pelo hospital obedeceriam a mesma filosofia que adotamos para as outras unidades; isto é, teriam plantas físicas com localização e áreas específicas, seriam equipadas com materiais especiais e poderiam ter ou não estrutura social diferente das outras unidades de internação.

O mesmo critério adotamos para o "Departamento de Pacientes Externos quando consideramos os ambulatórios, o pronto socorro, a assistência hospitalar a domicílio e o posto de saúde como órgãos, ou seja o conjunto de unidades físicas dotadas dos recursos físicos e sociais que possibilitem aos membros do corpo clínico, (clínicos, cirurgiões, traumatologistas, sanitaristas e demais médicos especialistas), prestarem assistência médica, aos pacientes não internados prescrevendo as orientações terapêuticas ou traçando os esquemas dos cuidados a serem observados pelos pacientes, seus responsáveis, ou pela equipe hospitalar que venha a participar do atendimento daquele tipo de clientela.

A essa altura gostaríamos de esclarecer que consideramos sob o ponto de vista estrutural, as unidades físicas do órgão técnico "Enfermagem" tais como; vestiários para o pessoal de enfermagem, sala de administração do Serviço de Enfermagem, unidades de ensino de enfermagem e postos de enfermagem, independentemente daquelas unidades de internação descritas no departamento de pacientes internos e denominadas genericamente pelos arquitetos, como unidades de enfermagem. Dentro da nossa concepção posto de enfermagem é uma unidade operacional, isto é o conjunto de unidades físicas necessárias a realização da função de enfermagem enquanto que as unidades de internação como definimos acima, são órgãos estruturados para a prestação de serviços hospitalares ao paciente internado.

Nada impede que ao trocarmos posteriormente, o funcionograma, da Divisão de Enfermagem englobemos, entre as suas seções ou serviços, unidades operacionais integradas por unidades físicas dos órgãos de internação e dos órgãos técnicos de enfermagem e dietética. Dentro desse princípio, o funcionograma da Divisão de Enfermagem poderá reunir os mais variados grupamentos de unidades físicas, sob a autoridade de gerência de uma supervisora, o comando de uma enfermeira chefe e a orientação de uma líder de equipe, sob a denominação de Serviços, Seções ou Setores de hospitalização.

De acordo com este critério poderíamos considerar que uma das Seções do Serviço, Divisão ou Departamento de Enfermagem denominada Seção de hospitalização poderá ser dotada das unidades físicas abaixo relacionados, equipadas de material e pessoal de enfermagem, executando rotinas, roteiros, técnicas e normas, sob o comando de uma enfermeira chefe.

Unidades físicas que integram uma Seção ou Unidade operacional de Hospitalização:

quartos e enfermarias com banheiros;

postos de enfermagem, com o gabinete da enfermeira chefe;

salas de curativos;

salas de estar e refeições;

copas dos andares (geralmente sob o comando da dietética);

salas de serviço e de utilidades e a rouparia.

Um determinado grupo de seções de hospitalização poderiam estar sob a autoridade de gerência de uma enfermeira supervisora. Nada impede tampouco que o órgão do Departamento Complementar de Diagnóstico e Tratamento denominado Centro Cirúrgico venha a constituir no funcionograma uma seção ou um serviço da Divisão de Enfermagem, sob a autoridade de gerência de uma Supervisora, sob o comando de uma enfermeira chefe mas como todos os órgãos assistenciais, sob a autoridade coordenadora do Diretor Médico do Departamento Assistencial.

Outro ponto controverso na departamentalização do hospital moderno é a estruturação das unidades de admissão e alta, arquivo médico e estatística.

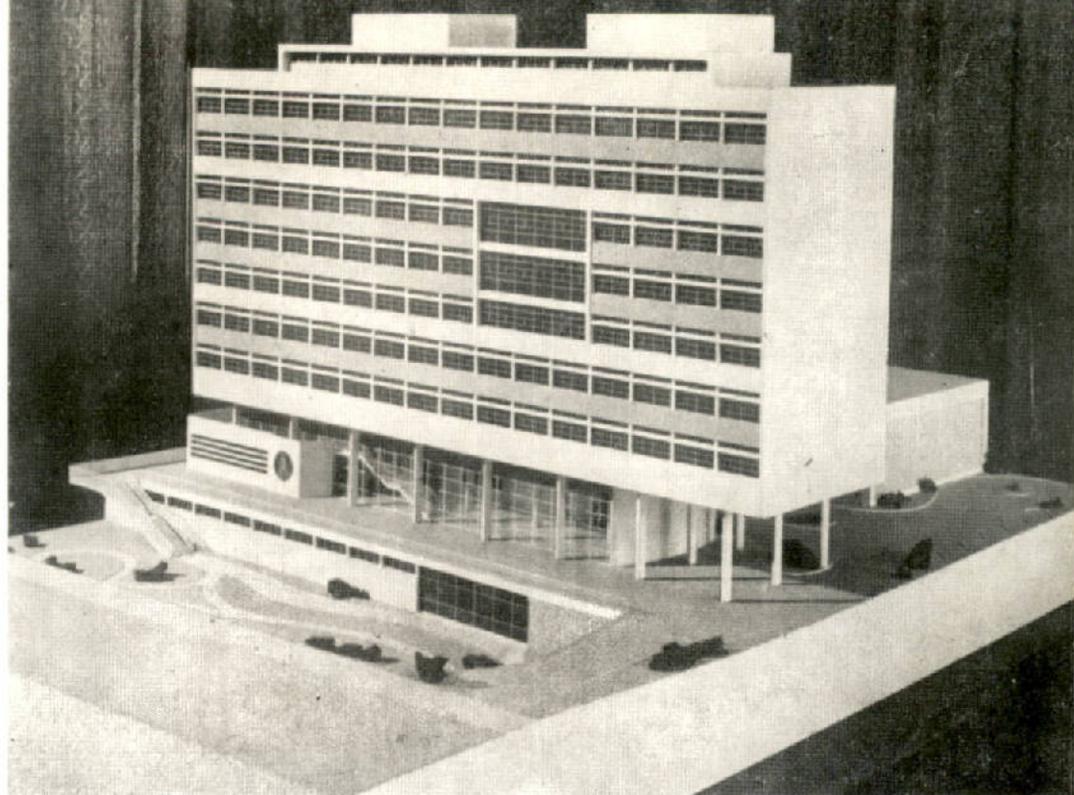
Começamos corrigindo a denominação "arquivo médico e estatística" para: arquivo e estatística médica, pois a estatística geral do hospital elemento de controle das atividades de todo o hospital deve figurar como unidade operacional de staff do Gabinete do Superintendente.

Alguns hospitais sob o título Arquivo Médico, reúnem as unidades de admissão e alta, arquivos e estatística médica, num mesmo órgão. Outros separam as unidades de admissão e alta, que passam a integrar outros órgãos tais como Enfermagem — Contabilidade — Comunicações — Portaria, ou a constituir setores autônomos do Departamento Financeiro.

Estamos com os apologistas da 1.ª variação apenas discordando do título arquivo médico, cujo significado estático, não define um serviço tão dinâmico e se restringe apenas a uma das funções daquele órgão. Melhor seria denominá-lo Serviço de Registro Assistencial e conservá-lo em suas unidades operacionais, subordinadas a uma única autoridade gerencial. A nosso ver o órgão técnico que reúne os elementos físicos e sociais estruturados para iniciar, documentar, ordenar, manipular estatisticamente e arquivar os atos e fatos decorrentes da assistência prestada aos pacientes atendidos pelo hospital, não deve ter suas unidades operacionais desmembradas nem quebradas a sua unidade funcional, com dualidades de orientação técnica e de comando.

E contrário às leis da racionalização do trabalho desmembrar um órgão de suas unidades, com os argumentos de que; as informações prestadas em função do registro assistencial seriam mais uma atividade de comunicações; ou então que a enfermagem participa ativamente nas rotinas de admissão e alta; ou comercialmente, que na matrícula ou na admissão o mais importante, seria assegurar os pagamentos das taxas de atendimento ou de internação.

Como pode ser observado no organograma em anexo, entre os órgãos do DEPARTAMENTO TÉCNICO, figuram o Centro de Esterilização e Material Assistencial e o Serviço Religioso. Não podemos deixar de considerar a assistência espiritual ao paciente como um dos elementos que contribuem para seu bem estar, e, como tal devem ser previstos os elementos físicos e sociais a serem estudados, no organograma preliminar de organização. O Centro de Esterilização e Material Assistencial é o conjunto de unidades físicas equipadas de material e pessoal possuindo normas complementares elaboradas, para suprir os outros órgãos assistenciais de material, esterilizado e ceder temporariamente instrumentos, aparelhos e utensílios para a realização de certos tratamentos em pacientes atendidos pelo hospital. Não aconselhamos a considerar no funcionograma o Centro de Esterilização como unidade integrante do Centro Cirúrgico.



H O S P I T A L F Ê M I N A

Projeto Irineu Breitman - arquiteto

Consultor Hospitalar: - Jarbas Karman

A Construção se situa dentro de um parque com a área de 6.000 m², no centro geográfico de Pôrto Alegre, em pleno bairro residencial, no início dos Moinhos de Vento. Orientado, em sua frente principal, para o Norte, por suas condições de insolação, aliados a outros fatores como o relêvo topográfico, cota altimétrica, acesso fácil, farta arborização e visão panorâmica da cidade, o terreno situado a rua Mostardeiro representa uma escolha propícia para um grande hospital de Ginecologia e Obstetrícia.

O hospital foi projetado com um monobloco de 11 pavimentos onde ficaram situados a administração, serviços gerais e as enfermarias, ligada a outro de 3 pavimentos, onde foram localizados o centro cirúrgico e

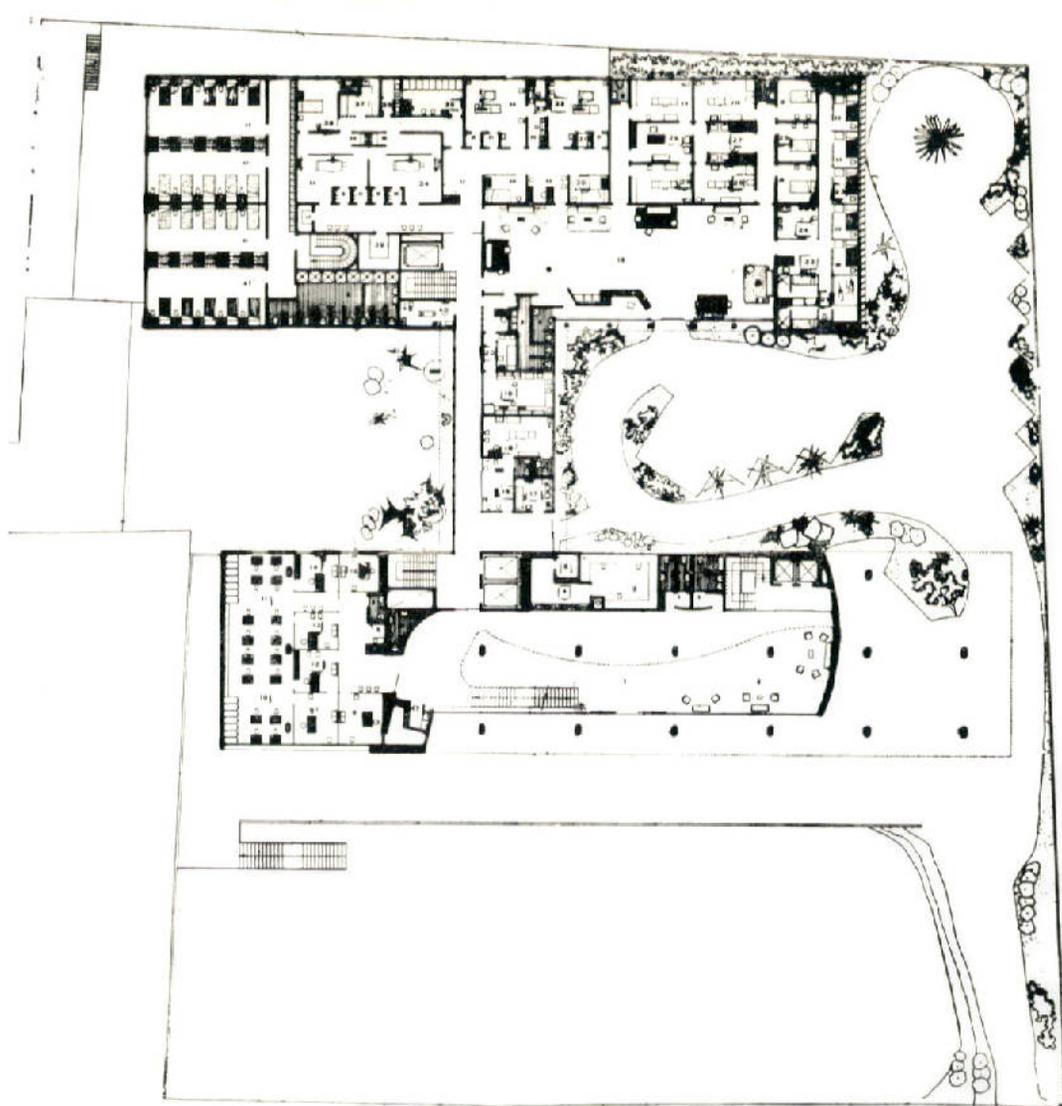
obstétrico, ambulatórios e serviços auxiliares. Os blocos acima referidos serão chamados de Norte e Sul.

Pavimento térreo

Neste pavimento, foram localizados o restaurante social, cozinha geral e dietética, restaurante de funcionários, copa de lavagem, local para armazenamento e frigorificação de gêneros, lavanderia, farmácia, arquivo geral e microfotográfico, câmara de incineração, caldeiras, necrotério, sub-estação transformadora, estação geradora (para suprir instantaneamente em caso de interrupção de fornecimento de energia elétrica da rede pública), sala de máquinas da central de ar condicionado, oficinas e vestiários, bem como sala de estar de funcionários.

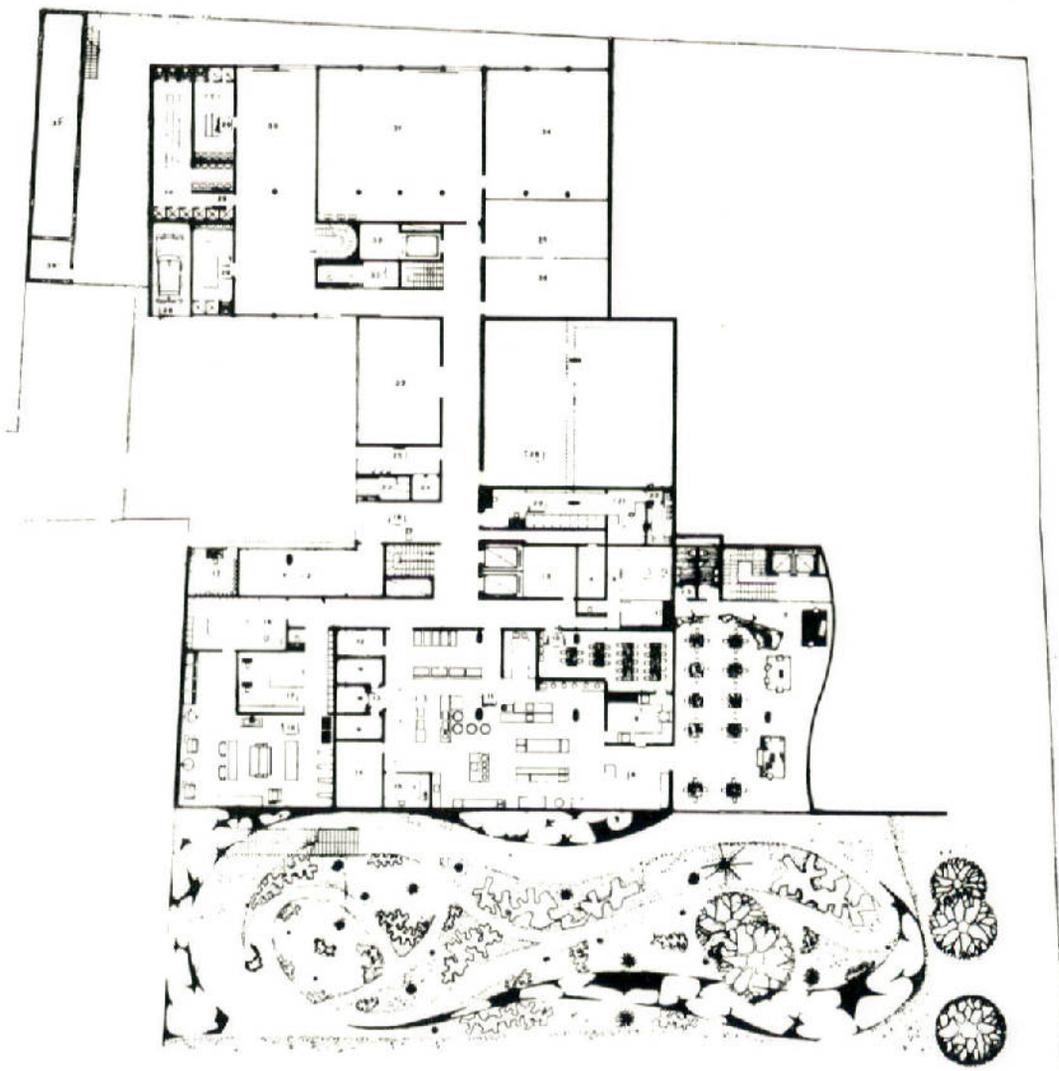
Segundo pavimento

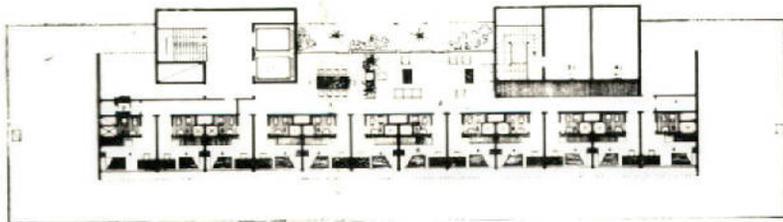
1 — Foyer; 2 — estar; 3 — central de comunicações; 4 — portaria; 5 — sanitário; 6 — chapelaria; 7 — stand e telefones; 8 — enfermeira chefe; 9 — administrador; 10 — secretaria; 11 — contabilidade; 12 — sala de secretária; 13 — sala de pagamento; 14 — sala de compras; 15 — médico chefe; 16 — sala de espera; 17 — depósito; 18 — sala de consulta; 19 — laboratório; 20 — sala de colheita; 21 — hidroterapia; 22 — admissão; 23 — fisioterapia; 24 — aparelhos; 25 — sala de recuperação; 26 — sala de curativos; 27 — lavabo; 28 — consultório; 29 — receitas; 30 — sala de repouso; 31 — vestiário; 32 — radioterapia; 33 — controle; 34 — sala de radiodiagnóstico; 35 — sala do médico; 36 — laboratório escuro; 37 — laboratório claro; 38 — sala de Co; 39 — rouparia; 40 — depósito de Raios X portátil; 41 — alojamento.



Pavimento térreo

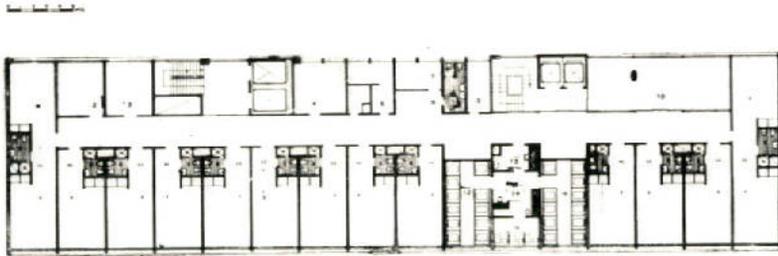
1 — Central de oxigênio; 2 — almoxarifado; 3 — casa de máquinas; 4 — forno do lixo; 5 — sanitário; 6 — farmácia; 7 — restaurante; 8 — distribuição; 9 — copa de lavagem; 10 — refatório dos funcionários; 11 — cozinha; 12 — depósito de lixo; 13 — câmara frigorífica; 14 — despensa; 15 — dietista; 16 — lavanderia; 17 — expedição (lavandaria); 18 — recepção e separação (lavandaria); 19 — entrada; 20 — arquivo; 21 — seção de fotografia; 22 — laboratório fotográfico; 23 — almoxarifado; 24 — geladeira; 25 — necrotório; 26 — depósito; 27 — caldeiras; 28 — garagem; 29 — vestiário de funcionários; 30 — estar dos funcionários; 31 — oficinas; 32 — casa de máquinas; 33 — seção do pessoal; 34 — central de ar condicionado; 35 — transformador; 36 — gerador; 37 — caixa d'água; 38 — casa de bombas.





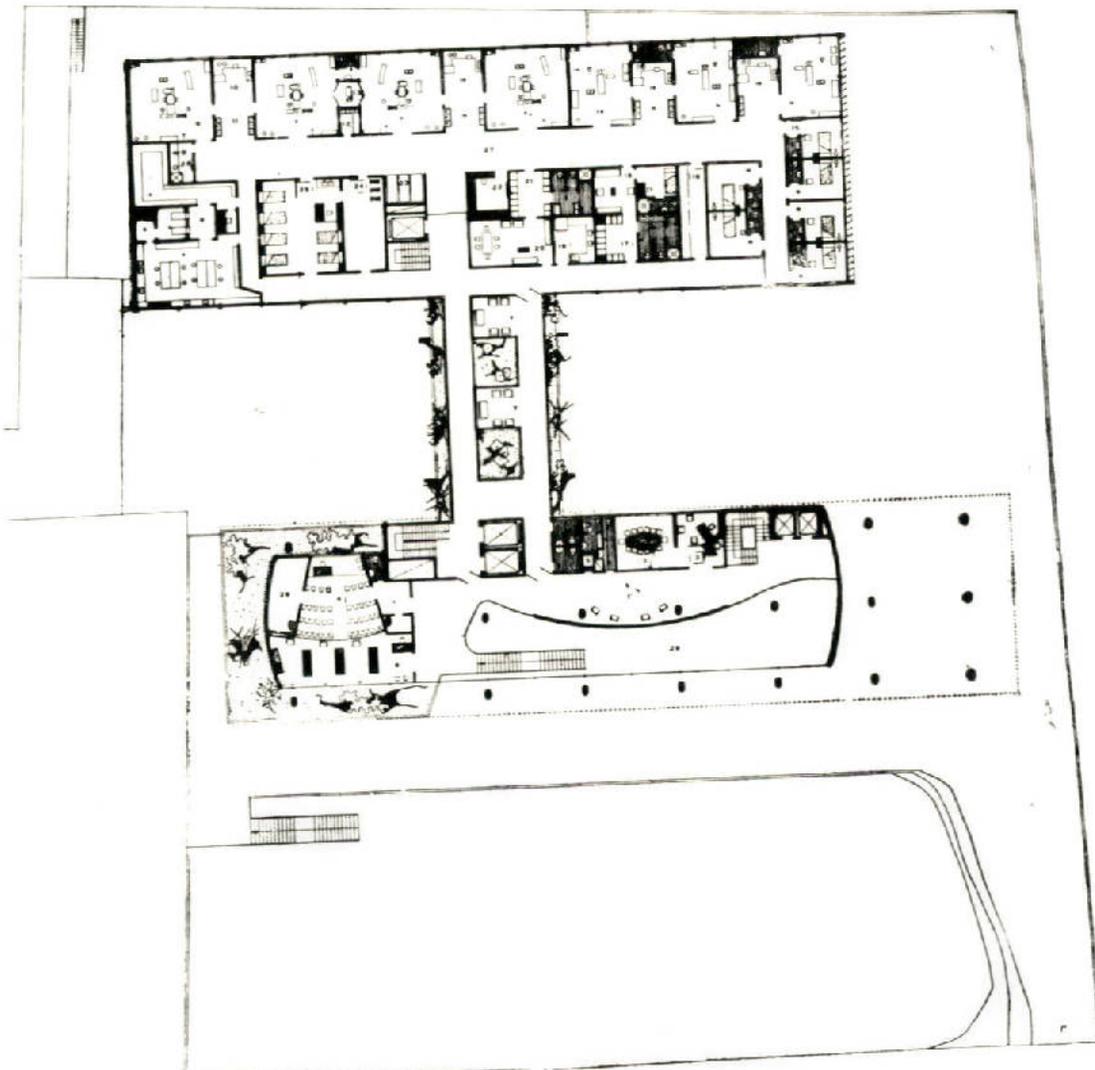
11.º pavimento

1 — Comedor; 2 — estar; 3 — casa de máquinas; 4 — caixa d'água; 5 — sanitário; 6 — dormitório; 7 — depósito.



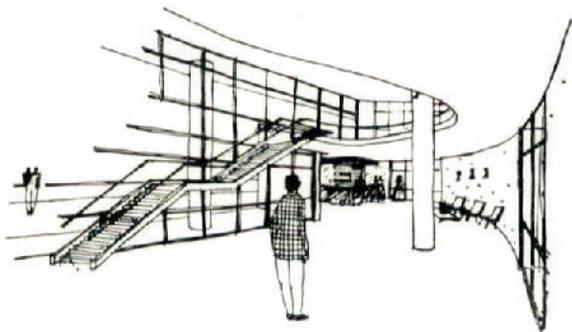
6.º ao 9.º pavimento

1 — Dormitório; 2 — parlatório; 3 — sala de curativos; 4 — copa; 5 — sanitário; 6 — sala de utilidades; 7 — sala de serviço; 8 — posto de enfermeira; 9 — rouparia; 10 — sala de estar; 11 — saleta; 12 — berçário; 13 — escritório; 14 — sala de exame e tratamento.

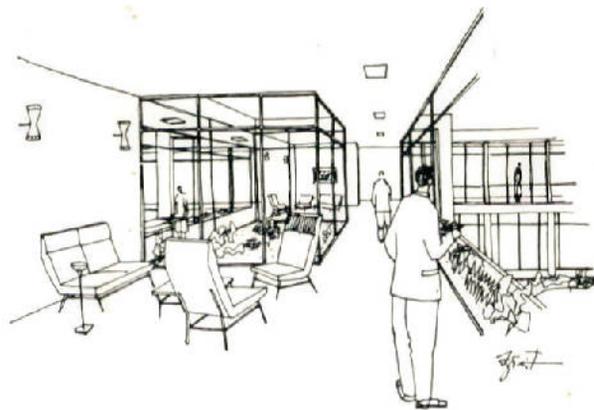


3.º pavimento

1 — Espera; 2 — sala do diretor; 3 — sala da diretoria; 4 — auditorio; 5 — sanitário; 6 — biblioteca; 7 — estar; 8 — central de esterilização: a) depósito; b) autoclaves; c) preparação; 9 — sala cirúrgica; 10 — sub esterilização; 11 — lavabo; 12 — laboratório; 13 — Raios X; 14 — sala de parto; 15 — sala de trabalho de parto; 16 — sala de limpeza; 17 — vestiário de enfermeiras; 18 — dormitório e estar de enfermeiras; 19 — copa; 20 — sala de estar de médicos; 21 — vestiário de médicos; 22 — posto de enfermeiro; 23 — macas; 24 — depósito de material anestésico; 25 — sala de recuperação; 26 — laboratório anátomo-patológico; 27 — corredor cirúrgico; 28 — depósito; 29 — vazio.



Detalhe do hall de entrada com administração ao fundo e escada de acesso à biblioteca e auditório.



Ponte de ligação entre o bloco de hospitalização e unidades cirúrgica e obstétrica.

Segundo pavimento

Está quase ao nível da rua Mostardeiro. No bloco Norte foram localizados a recepção e a administração (secretaria e contadoria). No bloco Sul encontram-se o ambulatório, com os departamentos de fisioterapia, radiologia, radioterapia, e laboratório de análise, bem como alojamento para os funcionários que residam no Hospital.

Terceiro pavimento

Aqui foram localizados a biblioteca, auditório, sala de reunião, gabinete do Diretor e ponte de ligação com o bloco Sul, com locais de estar e espera. Este foi destinado ao centro cirúrgico e obstétrico composto de quatro salas de cirurgia; duas delas dotadas de R-X próprio, três salas de parto, seis salas de trabalho de parto, central de esterilização, sala de recuperação, laboratório Anátomo-Patológica, vestiário e estar de

médicos, bem como vestiário e estar de enfermeiras e demais dependências auxiliares.

O centro cirúrgico e obstétrico (inclusive as salas de trabalho de parto), é provido de ar condicionado frio e quente.

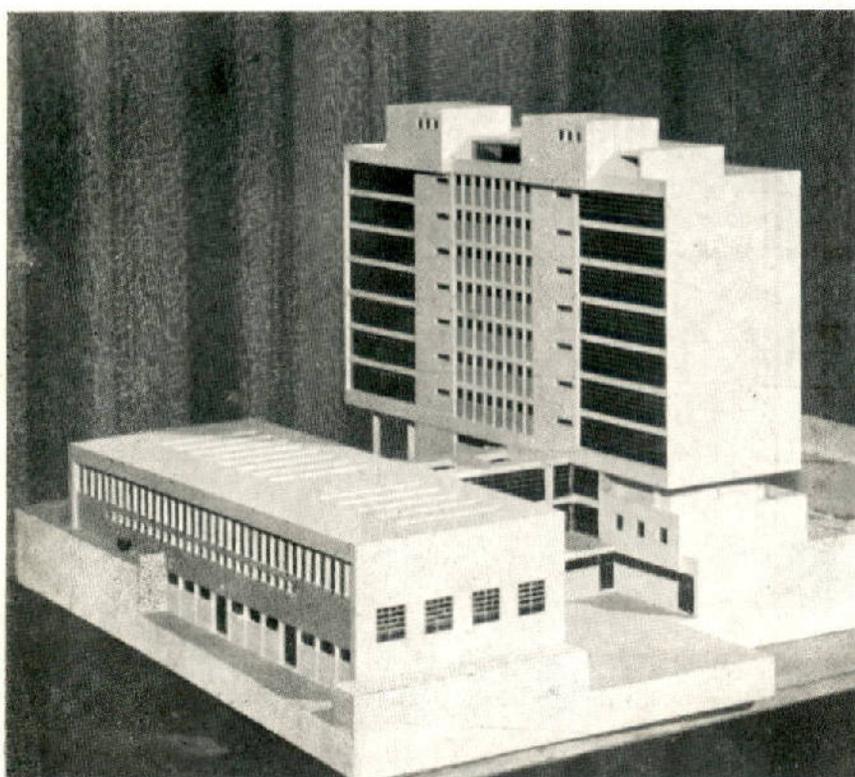
Quarto ao décimo pavimento

Os elementos componentes destes pavimentos são os apartamentos dos doentes hospitalizados e acompanhantes, berçários, salas de estar, salas de curativos, parlatório, copas e os serviços auxiliares (pôsto de enfermeira e anexo).

Os pavimentos acima são servidos por quatro elevadores de alta velocidade em corrente contínua.

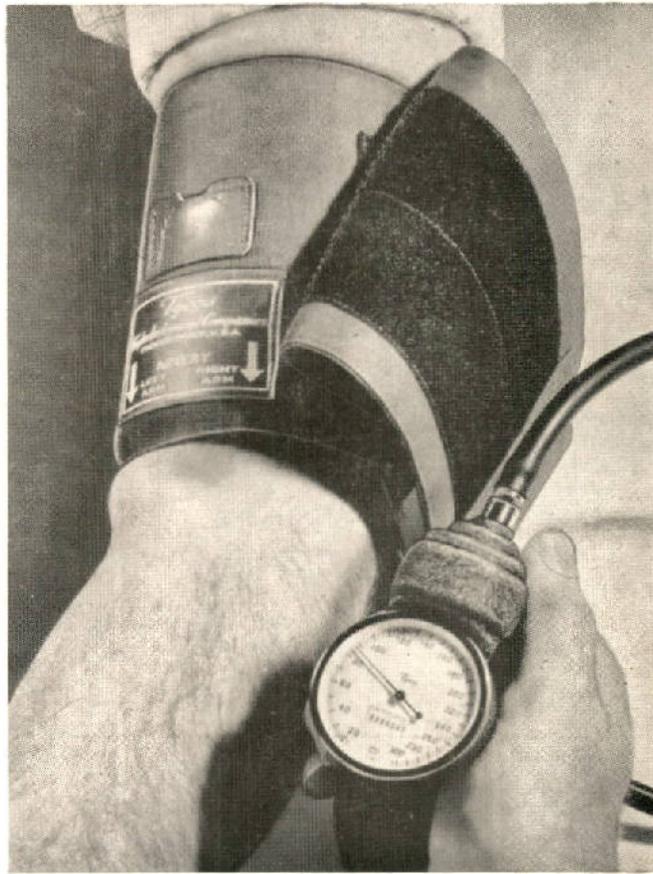
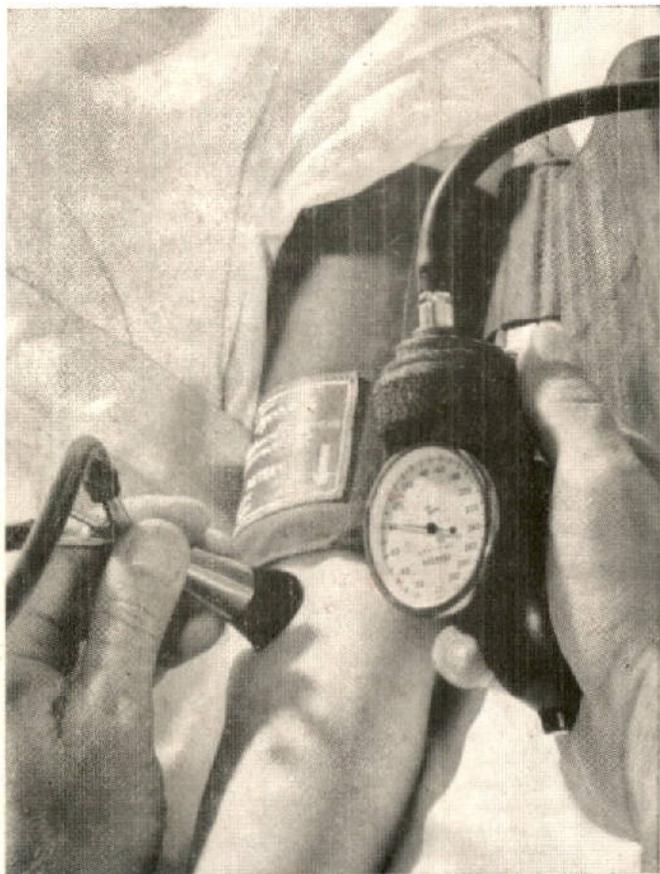
Os apartamentos terão ar condicionado frio e quente, com regulagem independente de temperatura.

O décimo-primeiro pavimento destina-se ao alojamento de enfermeiras.



Maquete mostrando os fachados posteriores e laterais.

Escolha o seu *Tycos*[®] Aneroid com braçadeira de gancho ou Velcro



TYCOS ANEROID MODELO PORTÁTIL

com braçadeira de gancho, há muito a favorita dos médicos... ou com o novo fêcho Velcro, proporcionando novo conforto e flexibilidade.

Escolha agora o seu Tycos Aneroid com braçadeira comum de gancho ou com o novo modelo Velcro. Fechado pela pressão de 2 fitas de nylon uma contra a outra, o fabuloso fêcho Velcro adapta-se a qualquer tamanho de braço adulto, nunca escorregando ou inflando. Peça ao seu fornecedor de material cirúrgico para mostrar-lhe ambas as braçadeiras, antes de escolher a sua. Taylor Instrument Companies, Rochester, New York, E. U. A.

O fêcho Velcro consiste em 2 fitas de nylon, uma coberta com milhares de alças acolchoadas, a outra com ganchos microscópicos. Quando comprimidas uma contra a outra, entrelaçam-se. E no entanto, *separam-se* facilmente.



Taylor Instruments SINÔNIMO DE PRECISÃO EM PRIMEIRO LUGAR

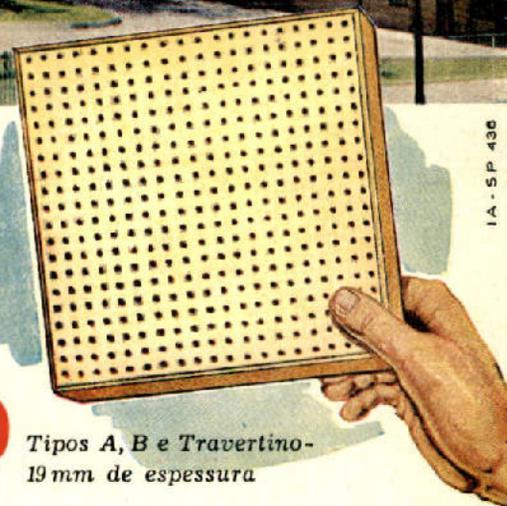
Neste hospital não se roga

SILÊNCIO



Hospital Sul América (Rio)

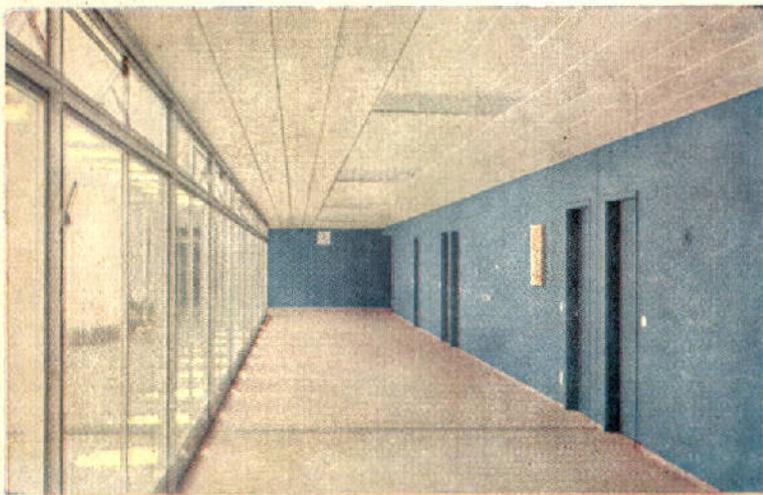
...a quietude
está garantida com
fôrro de **EUCATEX
ACÚSTICO**



I.A. - S.P. 436

Tipos A, B e Travertino -
19 mm de espessura

Corredor com fôrro de Eucatex Acústico A



*-elimina o barulho...
aumenta o bem-estar!*

Em hospitais o silêncio é tão importante como a higiene e os medicamentos. Dêle depende o repouso dos convalescentes, o tratamento dos doentes e, muitas vezes, o êxito de uma intervenção cirúrgica. Por isso mesmo, Eucatex Acústico é aqui indispensável: forrando teto e paredes, absorve 93% dos ruídos... cria *conforto acústico* em tôdas as dependências.

O Departamento Técnico de Engenharia da EUCATEX S.A. Indústria e Comércio mantém uma equipe de especialistas em acústica e problemas de ruídos para servi-lo sem compromisso. S. PAULO: Av. Francisco Matarazzo, 530 - Tel. 51-9108 - R. DE JANEIRO: Av. Pres. Vargas, 435 - s/ 902 - Tel. 43-2754 - B. HORIZONTE: R. Rio de Janeiro, 282 - s/ 1006 - Tel. 4-1636 - P. ALEGRE: R. Sto. Antônio, 120 - Tel. 5232.