ERIJA SEU HOSPITAL EM TERRENO AMPLO — 70 A 120 M² POR LEITO

SUBSTITUA OS HABITUAIS COMPOSTOS MERCURIAIS PELOS EFICIENTES DESINFETANTES MODERNOS

RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATÍVEIS

hospital de hoje

VOLUME 14 ANO IV

PARTILHE DO IDEAL DE MAIS E MELHORES HOSPITAIS PARA O BRASIL

RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATÍVEIS

ADM. HOSPITALAR
BIBLIOTECA
I. P. H.

COOPERE COM O IPH NA FORMAÇÃO DE TÉCNICOS HOSPITALARES

OS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DA DIETA OPÕEM-SE A ALIMENTAÇÃO EMPÍRICA DOS DOENTES HOSPITALIZADOS

SANGUE NÃO PODE SER FABRICADO — TEM QUE SER DOADO

NÃO CONSTRUA HOSPITAIS COM MENOS DE DUAS UNIDADES DE ENFERMAGEM POR ANDAR

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

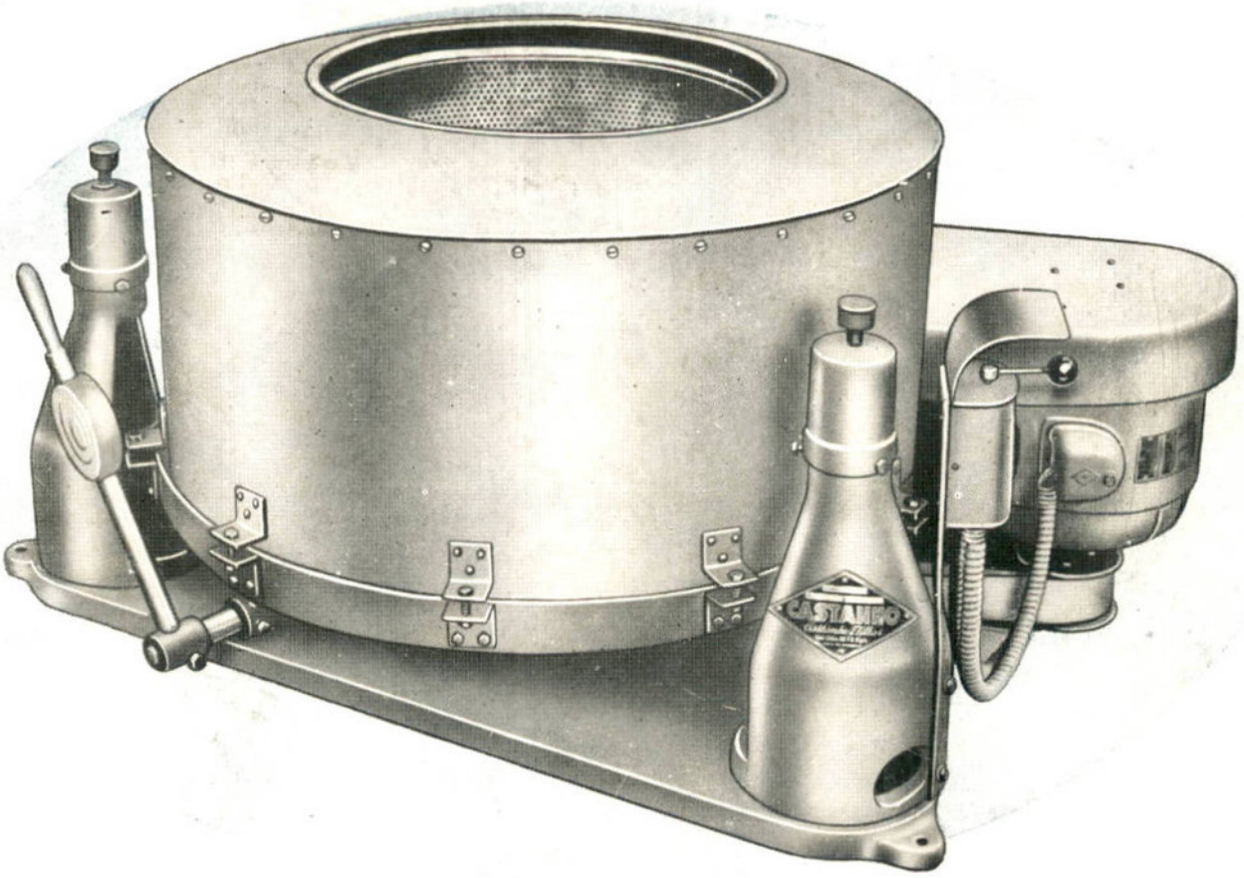
PASSO A MAIS PESA E CUSTA, DE AO BRASIL HOSPITAIS DE BAIXA DENSIDADE LINEAR

ERIJA SEU HOSPITAL EM TERRENO AMPLO — 70 A 120 M² POR LEITO

RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATÍV

SANGUE NÃO PODE SER FABRICADO — TEM QUE SER DOADO

IPH



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

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

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA

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

REPRESENTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IMEC

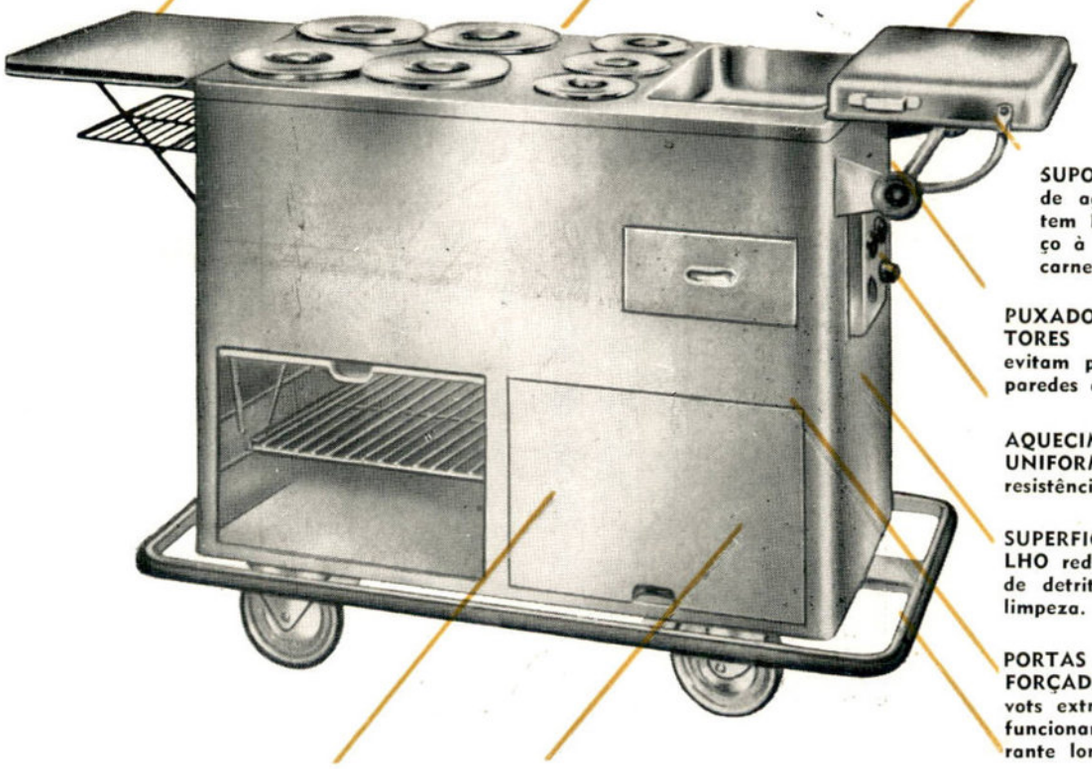
tem o prazer de apresentar sua Nova e Moderníssima linha de Móveis e Equipamentos Hospitalares

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

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

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

TAMPA SEM COSTURA, estampada, com arestas arredondadas.



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

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

AQUECIMENTO RÁPIDO E UNIFORME por meio de resistências especiais.

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

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

BARRA DE PROTEÇÃO COM REVESTIMENTO DE BORRACHA protege perimentralmente e não enferruja.

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

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

EM EXPOSIÇÃO

INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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

HOSPITAL DE HOJE

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

Membro da Federação Internacional de Hospitais

IPH é uma entidade sem fins lucrativos, cujo objetivo é o 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 V — Volume 14

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:
Sidney C. da Silva
Dércio Chiconello
Walter R. Camargo

Secretário-Chefe:
Domingos Mecca

Direção e Redação da Revista:

Diretor e Redator Responsável:
Jarbas Karman

Redator Geral:
Martinus Pawell
Américo Rufino

ÍNDICE

SUMÁRIO INGLÊS 425

ANUNCIANTES 427

EDITORIAL — Dr. José Reis

Hospital de Hoje Inaugura Nova Fase 429

CONGRESSO

II Congresso Nacional de Hospitais 435

Ante-projeto de Lei Orgânica de Assistência Médica Hospitalar .. 437

Assistência Hospitalar e Previdência Social 440

Necessidades de Pessoal Especializado nos Hospitais 442

Trabalhos apresentados no II Congresso Nacional de Hospitais:

Tópico A — Tendência e Necessidades da Assistência Hospitalar Brasileira 445

Tópico B — Hospitais e as Forças Armadas 448

Tópico C — Temas Livres 450

IPH

Exposição Permanente de Equipamentos e Suprimentos Para Hospitais 461

ADMINISTRAÇÃO

Tamanhos Mínimos e Máximos de Hospitais — **Martinus Pawel** 463

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SÓCIO DO IPH 473

REDE HOSPITALAR

Problemas Hospitalaries en La Provincia Del Chaco — República Argentina — Proyecto de Cooperacion Internacional — **Faustino Carlos Doglio** 475

DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

Ato Cirúrgico e Infecções Pos-Operatórias — **Clovis W. Francisconi** 479

Diretores de Secção:

Editorial:
José Reis

Psicologia Hospitalar:
Noemy da Silveira Rudolfer
Betty Katzenstein

Laboratório:
Otavio 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
Eudoro L. Berlinck

Sumário Inglês e Revisão:
Charles Honnold Crispin

Projetos:
Jarbas Karman

Nutrição:
F. Pompeu do Amaral

Estatística:
Martinus Pawell

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 Pawell

Instalações:
Alfredo Willer

Administração:
Fausto Figueira de Mello

Acústica:
Roberto Paulo Richter

Secretária:
Maria Aparecida Martins

Contabilidade:
Fernando P. d'Abreu Braga

Desenhos:
Bento Manoel Affonso

Boletim da Associação dos Hospitais de Minas Gerais — Diretor Responsável:
Delcides Baumgratz

Impressão:
Escolas Profissionais Salesianas
Rua Dom Bosco, 441
Telefone: 32-4921 — São Paulo

Clichês:
Fotogravura Negrão Ltda.
Rua Paisandú, 91 — São Paulo

ENGENHARIA E CONSTRUÇÃO

Ferragens para Portas Hospitalares — **Alfredo Willer** 485

PROJÉTOS

Novos Conceitos de Planejamento de Unidade de Enfermagem — **Jarbas Karman** 489

Planejamento e Construção de Hospitais. Esquema de Manutenção — Hospital Sul América e IAPI, experiência. — **José Annibal da Silva** 503

ENSINO

Da Reforma do Ensino de Organização e Administração Hospitalares no Departamento Nacional de Saúde — **Lincoln Freitas Filho** e **G. J. da Rosa e Silva** 509

NUTRIÇÃO

Toxi-Infecções Alimentares no Hospital — **Maria José Imbassahy dos Santos** 513

HOSPITAIS MILITARES

Coordenação do Hospital com o Sistema de Salvamento da F.A.B. — **Dr. Carlos Maia de Assis** 521

NOVOS SÓCIOS DO IPH 524

MEDICINA-SOCIAL

Assistência Médico-Hospitalar e Previdência Social — **Adriano Taunay Leite Guimarães** 525

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE MINAS GERAIS — Número 3

ENGLISH SUMMARY

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

EDITORIAL

"Hospital de Hoje" along new patterns — **J. Reis** 429

CONVENTION

II National Hospital Convention — Belo Horizonte 435

ADMINISTRATION

The Size of Hospitals — **Martinus Pawell** 463

COORDINATED HOSPITAL SYSTEM

Hospital Problems in the Chaco Province — Argentine Republic-International Cooperation — **Faustino Carlos Doglio** 475

DESINFECTION AND STERILIZATION

Surgery and Post Operative Infections — **Clovis W. Francisconi** 479

ENGINEERING AND CONSTRUCTION

Hardware for Hospitals Doors — **Alfredo Willer** 485

PROJECTS

New Trends in Nursing Unit Planning — **Jarbas Karman** 489

Design and Construction of Hospitals. Maintenance Scheme. Sulamerica Hospital and IAPI, experiments. — **José Annibal da Silva** 503

TEACHING

Improving the Teaching of Hospital Organization and Administration at the National Health Department — **Lincoln Freitas Filho** e **G. J. da Rosa e Silva** 509

NUTRITION

Food infections and poisoning in the Hospital — **Maria José Imbassahy dos Santos** 513

MILITAR HOSPITALS

Hospital Service Integrated with the Brazilian Air Force Rescue — Service. — **Carlos Maia de Assis** 521

SOCIAL MEDICINE

Medical — Hospital Care and Social Welfare — **Adriano Taunay Leite Guimarães** 525

JOURNAL OF MINAS GERAIS HOSPITAL ASSOCIATION .....

C O N V I T E

O IPH TEM O PRAZER DE CONVIDAR V. S.ª

PARA VISITAR A SUA

EXPOSIÇÃO PERMANENTE DE EQUIPAMENTOS E SUPRIMENTOS HOSPITALARES

NA

ESQUINA DA RUA AGUIAR DE BARROS COM A FRANCISCA MIQUELINA

ATRÁS DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA.

A DIRETORIA

REPRESENTAÇÕES, DELEGAÇÕES E CORRESPONDENTES DO I P H

Carecendo a pesquisa hospitalar de intensa cooperação e intercâmbio nacional e internacional e desejando o IPH fomentar ao máximo o desenvolvimento hospitalar, vem procurando criar núcleos de pesquisa, também fora do País. Êsses núcleos, sempre que possível, são integrados por uma equipe composta de um médico, um arquiteto ou engenheiro e uma enfermeira. Quando nas capitais são designados por Represetnações, e quando nos municípios, por Delegações.

As the hospital research needs intensive cooperation and national as well as international interchange and being the wish of the IPH to enhance to the maximum the hospital development it is interested in reserch teams abroad engaged in this same purpose. These teams whenever possible should gather one doctor, one architect or engineer, and one nurse. When they are located in the capitals, they are called "Representations", and when in the counties, "Dele gations".

SEDES ESTADUAIS DO IPH

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

IPH — D. F.
Quadra 16 - c/134
Brasília — D. F.
Rrepresentante: Arq. Germano Galler

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

IPH — Goias
Av. Tocantins, 29
Goiânia — Goias
Representante: Arq. Elder Rocha Lima

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

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

IPH — Paraná
Av. Batel, 1511 - 2.º andar - apto. "C"
Curitiba — Paraná
Representante: Dr. David Augusto Ramos Filho

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

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

IPH — Rio de Janeiro
Av. Copacabana, 1277 - apto 708
Rio de Janeiro — Guanabara
Representante: Dr. Humberto Ballariny

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

DELEGAÇÕES MUNICIPAIS DO IPH

IPH — Acesita
Rua 26, n.º 21
Acesita — 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 — Governador Valadares
Governador Valadares — Estado de Minas Gerais
Delegado: Dr. Julio Cota Pacheco

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

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

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

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

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

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

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

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

IPH — Ribeirão Preto
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Rua Duque de Caxias, 827
Ribeirão Preto — São Paulo
Delegado: Enf.ª Glete Alcantara

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

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

REPRESENTANTES NO EXTERIOR

IPH — Argentina
Charcas, 2805
Buenos Aires — Argentina
Representante: Arq. Alejo A. Amavet

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

IPH — Guatemala
Hospital Roosevelt
Guatemala — Guatemala
Representante: Dr. Salvador Hernandez
Secretaria: Enf.ª Guilhermina Flores Pons

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

IPH — Paraguai
Luiz Alberto de Herra, 468
Assunção — Paraguai
Representante: Dr. Mafud Abed
Secretaria: Enf.ª Cecilia Rojas Britz

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

DELEGADS NO EXTERIOR

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

IPH — Mendoza
Colon, 371
Mendoza — Argentina
Representante: Arq. Aristides Cottini

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

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

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

CORRESPONDENTES DO IPH

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

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

INDICE DOS FORNECEDORES

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

A ELEVAÇÃO DO NÍVEL MATERIAL E FUNCIONAL DE NOSSOS SERVIÇOS HOSPITALARES

ARDONPLAST-INDUSTRIA DE APARELHOS CIRÚRGICOS LTDA. (Direto) ..... 432 e 433

BARTEN, BARTON, DURSTINE & OSBORN (Standard Propaganda) ..... 3.ª capa

BAUMER QBS — CIA. BRASILEIRA DE EQUIPAMENTOS (Lince Propaganda) 507

CASA BELINI DE VIDROS LTDA. (Direto) 520

CASA LOHNER S/A. (Direto) 502

CASTANHO & FILHO S/A (Direto) ..... 2.ª capa

CIA. BRASILEIRA DE MÓVEIS DE AÇO — CIBRAMO (Direto) 488

CIA. COMERCIAL DE VIDROS DO BRASIL-CVB (Direto) 484

CIA. EQUIPADORA DE LABORATÓRIOS MODERNOS "CELM" (Direto) 484

CIECH-IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS LTDA. (Standard-Propaganda-Rio) 477

ELETROMAR-INDÚSTRIA ELETRICA BRASILEIRA S/A. (Direto) 487

ELEVADORES SCHINDLER DO BRASIL S/A. (Record Propaganda - Rio) 471

ERICSSON DO BRASIL COMEDCIO E INDUSTRIA S/A. (J. Walter Thompson) 483

EUCATEX S/A. INDÚSTRIA E COMÉRCIO. (Inter-Americana de Publicidade) ..... 4.ª capa

HOFFMAN PANCOSTURA MAQUINAS S/A. (Direto) .. 512

IBACLI S/A. (Direto) 478

IMEC S/A. (Direto) 422

INDÚSTRIAS YORK S/A. (Standard Propaganda) 472

IRMÃOS SARTORIO LTDA. (Direto) 434

ISSHIKI & CIA. MÁQUINAS SANTO ANDRÉ (Direto) .. 434

LAGRART S/A. (Direto) 512

LOS ANDES S/A. (S. J. de Mello Publicidade) 471

LUTZ FERRANDO S/A. (Direto) 460

METALURGICA ALBION (Direto) 518

METALURGICA FRACALANZA S/A. (Direto) 431

MICRONAL- SOC. NACIONAL DE TÉCNICA DE PRECISÃO LTDA. (Direto) 421

NEO-REX DO BRASIL (Direto) 519

PRODUTOS DE BORRACHA LIDICE LTDA. (Direto) .. 488

ROLF E. WAGNER-PRODUTOS POLIPLAST. (Direto) 500, 501

S/A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES (Direto) 523

SOC. IND. COMERCIAL DE AÇOS KANTHAL LTDA. (Direto) 499

V. RIBEIRO LTDA. (Direto) 476

VIDROTIL-INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE VIDROS LTDA. (Direto) 508

ANUNCIE EM

HOSPITAL DE HOJE

Fone:

35-2687

EDITORIAL

J. REIS

HOSPITAL DE HOJE INAUGURA NOVA FASE

Em nova fase entra com êste número Hospital de Hoje, que já pode registrar com orgulho os serviços prestados ao país, mas também o reflexo de suas atividades no estrangeiro. Graças aos esforços de diversos e sinceros colaboradores e ao idealismo dos que o lançaram, esta revista se inscreve sem dúvida entre as melhores do mundo, em seu gênero, não se lhe podendo negar o título de pioneira em nosso meio.

Esta honrosíssima posição foi conseguida sem alardes e tão sòmente pelo trabalho desinteressado e silencioso do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, ou abreviadamente IPH. A natureza, eminentemente científica, desta organização, não permitiria aliás outra linha de conduta. Talvez por isso muitos brasileiros, não diretamente interessados na especialização hospitalar, ainda não hajam tomado conhecimento do belo esfôrço que representam o IPH e a revista por êle editada. Pode-se mesmo dizer, sem receio de êrro, que ambos são mais conhecidos, no momento atual, no estrangeiro do que no Brasil.

Criado a 25 de janeiro de 1954, foi o IPH, depois de registrado como entidade jurídica, reconhecido como de utilidade pública por Lei Estadual (a de número 4774, de 12 de agôsto de 1958) e por Decreto Federal número 44.735, de 23 de outubro de 1958. A 27 de janeiro de 1960 foi afinal aceito pelo Conselho Nacional de Medicina Social.

O primeiro número de sua revista — Hospital de Hoje — apareceu em outubro de 1955 e de então até esta data vem ela sendo regularmente publicada trimestralmente. Progrediu lenta porém seguramente, o que poderá ser fàcilmente comprovado pelos que se derem o trabalho de comparar com o de hoje o primeiro número, que apenas contava 60 páginas, mas que já se apresentava por linhas e características da mais alta qualidade científica e técnica. Aumentou o número de colaboradores, cresceu o número de clichês, dilataram-se as fronteiras dos assuntos ventilados, crescendo ao mesmo tempo a tiragem e o volume dos anúncios.

O que de início surgia, entretanto, como tímido meio de difusão de algumas idéias fundamentais, de alguns conceitos improteláveis, de uma ardente mensagem de saúde pública que não podia mais ser calada, é agora também um magnífico veículo de informação sôbre produtos e equipamentos hospitalares.

Desempenhou desde o início a revista, como órgão oficial do IPH, papel de verdadeira escola, divulgando normas e padrões de alta qualidade e dando a desejada orientação a cientistas, técnicos e industriais, tudo isso dentro dos mais sadios propósitos.

A alta qualidade de sua apresentação e a pontualidade de sua publicação, assim como o renome e a penetração que ela conseguiu nos vários centros especializados do mundo, dela fizeram um meio desejado pelos pesquisadores, para difusão de seus trabalhos. Esta situação contrasta flagrantemente com a dos primeiros tempos, quando era preciso pedir e insistir para conseguir colaboração. É que naqueles primeiros momentos pesava sôbre o destino da revista, e mesmo da organização que a lançava, a dúvida que tão frequentemente cerca as obras dêsse gênero iniciadas em nossa terra: continuaria ela, ou não passaria de simples sonho, sem qualquer possibilidade de realização prática?

A verdade é que o sonho se materializou e a revista Hospital de Hoje, projetando as atividades de pesquisa, ensino e orientação do IPH, cada vez mais acentuadas, pode anunciar que, em sua nova fase, passa a publicação mensal. Para que tal se tornasse possível, conjugou-se aos esforços do grupo que criou e vem orientando o

IPH e a sua revista, a técnica jornalística de uma emprêsa especializada, com a qual o IPH assinou contrato — a Emprêsa Jornalística Sétima Arte Ltda., cuja direção se acha assim distribuída: Diretor Presidente, Julio Berger; Diretora Superintendente, Angelina T. P. De Vivo, e Diretor Responsável, Oswaldo Schmidt. Do que pode essa equipe técnica fazer, juntamente com o corpo de diretores e redatores do IPH, e seus colaboradores, é prova cabal o número que agora se apresenta ao público, e que é o décimo quarto de Hospital de Hoje.

Numa tal altura convém, talvez, recordar um pouco do que tem sido a atividade da revista, cujo aspecto gráfico sempre foi merecedor dos mais altos encômios e cujo teor científico nunca deixou de ser relevante. Em seu número inicial definiu Hospital de Hoje o seu campo de atuação, caracterizado pela "pesquisa hospitalar", explicando logo a seguir, em seu segundo número, como funciona o IPH em sua ação de pesquisa e assistência, assim como de planejamento de normas. Focalizou decididamente assuntos fundamentais de organização hospitalar, chamando a atenção dos interessados para os erros que é preciso evitar e conclamando-os mesmo a uma verdadeira cruzada nacional pelo aprimoramento das construções hospitalares e pela sua adequada distribuição, numa grande rêde. Como resultado de sua atuação eminentemente científica, apoiada em crescente número de boas vontades, pôde a revista Hospital de Hoje salientar em seu quarto número os benéficos e recíprocos resultados colhidos de seu entrelaçamento com a indústria de equipamento hospitalar, a qual, contribuindo com seu desejo de melhor fazer, sugeriu numerosos problemas que o IPH ajudou a resolver satisfatòriamente, para bem daquela indústria e também do público a que ela serve. Desenvolvendo e ampliando suas aspirações, dedicou a revista alguns números a determinados assuntos, assumindo êsses numeros caráter verdadeiramente monográfico, como por exemplo o que tratou do magno problema da reabilitação.

Assim foi a revista Hospital de Hoje abrindo e marcando seu caminho, enriquecida em cada um de seus números com preciosos trabalhos especializados, da autoria de ilustres nomes de nossas ciências médicas e médico-sanitárias. Não menos digna de menção é, a êsse respeito, e porque define sua sadia orientação científica, a articulação de profissionais de várias formações nessa tarefa que tem como resultado primordial dar ao Brasil melhores hospitais mediante um trabalho de pesquisa bem orientada, secundado por um largo esfôrço de divulgação e ensinamento.

A coroar tão belas realizações pode o IPH relembrar — e o faz com muito orgulho — que seu alto padrão de trabalho científico foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas, ao conferir bôlsa de estudos junto a êle a um profissional argentino, que também estagiou na França. E da repercussão que sua atividade vem encontrando em outros países dá prova decidida a escolha do IPH para orientador de profissional português, desejoso de, mediante bôlsa de estudos, desenvolver no Brasil seus conhecimentos sôbre construção hospitalar e planejamento.

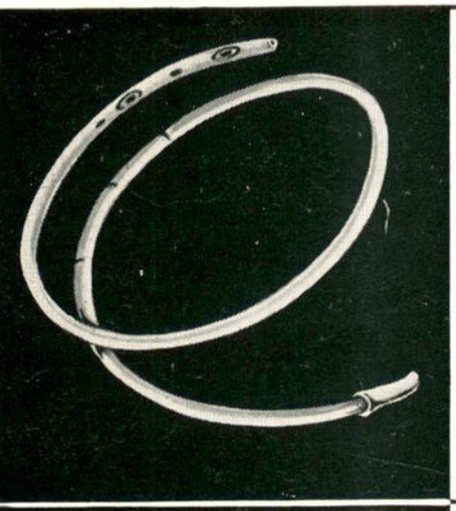
O IPH é uma organização vitoriosa e a remodelação que agora se nota em seu órgão de divulgação científica, esta revista Hospital de Hoje que agora passa a publicação mensal, e não mais trimestral, acompanha e marca de maneira muito clara essa vitória.

Deve-se finalmente assinalar que, ao mesmo tempo em que a revista recebe a cooperação técnica da Emprêsa Sétima Arte, vê juntar-se aos esforços verdadeiramente notáveis do Dr. Martinus Pawel, em sua orientação redatorial, a do Dr. Américo Rufino.

À VENDA NOS DISTRIBUIDORES DOS PRODUTOS DA

METALÚRGICA FRACALANZA S.A.

"ARDONPLAST" a última palavra em artigos Cirúrgicos de "Polyvinyl" de qualidade e desempenho mundialmente reconhecidos...



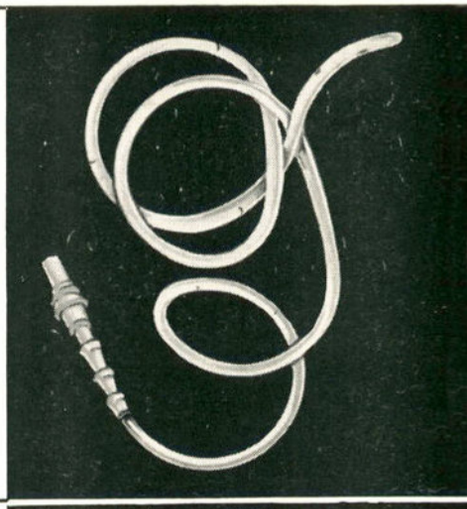
SONDA ESTOMACAL (TIPO LEVIN)

Com conector de latex-tubo indelèvelmente marcado em 18, 22, 26 e 30 polegadas, sendo que as pontas são moldadas com quatro aberturas dispostas em lados alternados, a fim de assegurar uma perfeita drenagem. Tubo de Polyvinyl azul, transparente, para facil identificação.

Comprimento:- 54"
de n.° 10 a n.° 16

SONDA PARA ASPIRAÇÃO DUODENAL

Para alimentação nasogástrica ou gastrointestinal, ou para diagnóstico e aspiração terapêutica. Conector projetado para adaptação em qualquer tipo de seringa.
Tubo de Polyvinyl externamente liso, inodoro, não pirogênico, podendo permanecer longo tempo no organismo do paciente. O tipo para adultos é marcado em 10, 20 e 30 polegadas. Azul, para melhor identificação nos aparelhos de radioscopia.



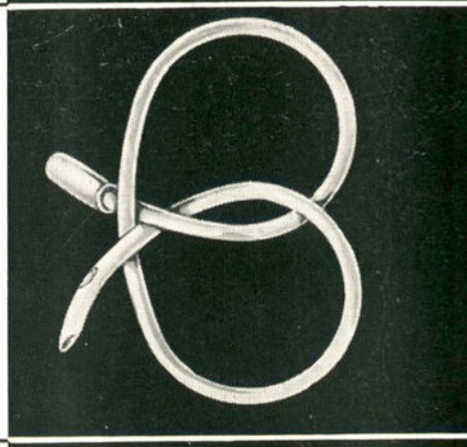
SONDA NELATON "ARDONPLAST"

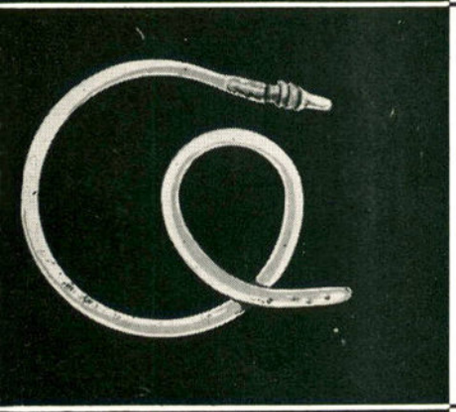
Produzida com material externamente liso, de flexibilidade especialmente estudada para facilitar a introdução no paciente. Conector projetado para ligação em qualquer tipo de seringa. Transparência perfeita.

Comprimento de 16"
5 a 18 French.

CATHETER PARA SUCÇÃO DOS MUCOS DA TRAQUEIA

Extremidade especialmente moldada para absorção das mínimas partículas dos mucos da traqueia. Com conector de Nylon que se ajusta firmemente em qualquer aparelho de sucção.





CATHETER PARA OXIGÊNIO

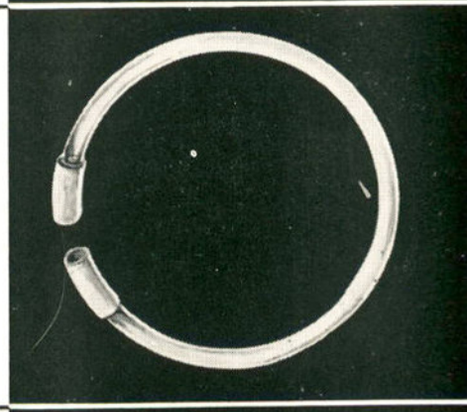
Com conector de Nylon rígido, para ser ligado ao tubo de oxigênio. Oito aberturas laterais, alternadas, a fim de prover amplo escoamento.

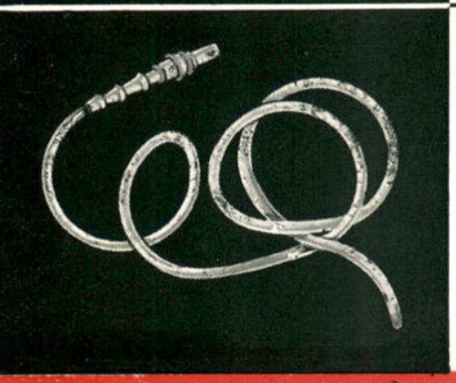
Comprimento de 16"

TUBO DE LIGAÇÃO DE OXIGÊNIO

Com conector de latex. Tubo de Polyvinyl resistente à ação do oxigênio. Verde transparente, para rápida identificação.

Comprimento:- 60"
17 French.





SONDA INFANTIL PARA ALIMENTAÇÃO

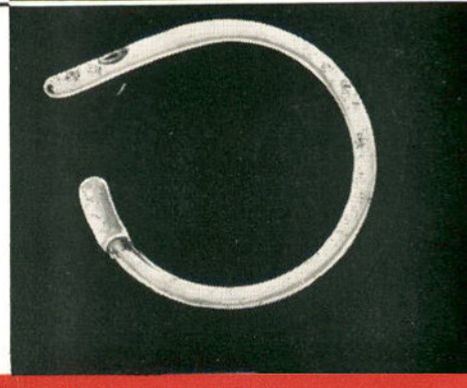
Modelo com as características da SONDA PARA ASPIRAÇÃO DUODENAL.

Comprimento de 16" e 40"
5 a 6 French.

SONDA RETAL

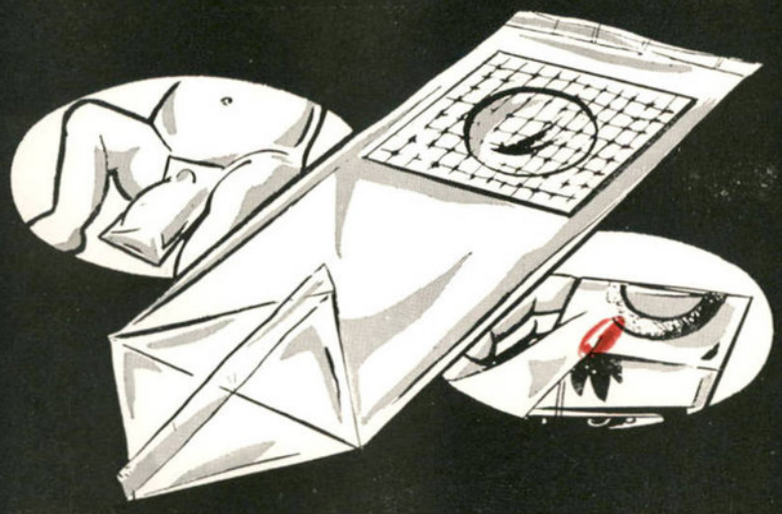
Perfuração suavemente acabada, permite fácil passagem, sem desconforto. Terminais flexíveis, adaptam-se a conectores Standard. Inodoro, não poroso, de facil limpeza.

Comprimento de 16" a 32"



ARDONPLAST IND. DE APARELHOS CIRÚRGICOS LTDA.
Rua Bangu, N.° 298 - Tel.: 61-3715 - É favor Correspondencia: Caixa Postal n.° 2.641 - São Paulo

COLETOR DE URINA "ARDONPLAST"



Nos hospitais pode ser usada para coletar urina, a fim de ser analizada. Ajuda a conservar as fraldas enchutas, evitando assim as assaduras tão frequentes nas crianças. Serve para ambos os sexos.

BOLSA PARA COLOSTOMISADOS "ARDONPLAST"

É a mais perfeita bolsa já idealizada para este fim,

1) Aplicação direta na pele dispensando o uso incômodo de cintas
2) Não faz pressão sôbre os intestinos
3) Liberdade total de movimentos mesmo em ginástica
4) Não impede o bânho de mar
5) Pode substituir-se com frequência
6) À noite evita sujar as roupas de cama
7) A bolsa "ARDONPLAST" pode ser usada por todos os portadores de fistulas estecorais, renais e biliares

Êste maravilhoso aparelho proporciona segurança física e psicológica durante as 24 horas do dia.

VANTAGENS DAS SONDAS PLÁSTICAS
ARDONPLAST

MATERIA PRIMA: - O Polyvinyl empregado nos aparelhos "ARDONPLAST" é produzido com materiais préviamente selecionados, sendo que as suas resinas, plastificantes e lubrificantes, são rigorosamente analisados, a fim de não causarem reações no organismo dos pacientes. Assim, pode-se obter ainda uma parede mais fina que nas similares de borracha, e uma consequente diminuição do diâmetro das sondas, aumentando o confôrto do paciente. As sondas plásticas "ARDONPLAST" são suaves e flexíveis. Sua suavidade poderá ser aumentada por imersão em água quente e, maior rigidez pode ser conseguida por resfriamento.

SUAVIDADE: - Sua superfície externa é lisa e suave como sêda. Os tubos deslizam brandamente nas passagens do corpo, sem danificar os tecidos. Devido à baixa fricção, resistem aos mucos e às formações de coágulos, diminuindo a obstrução. Os tubos não aderem aos tecidos delicados, evitando irritações. Com superfícies não porosas, evita a ação corrosiva de ácidos ou óleos.

SEGURANÇA: - As sondas "ARDONPLAST" são inodoras, insípidas e não tóxicas. Não reagindo aos elementos químicos do organismo, podem ser deixadas no corpo do paciente por longos períodos, sem risco algum. Material resistente à deterioração originada pelo oxigênio. Portanto, os Srs. Médicos poderão utilizar as Sondas Plásticas "ARDONPLAST", sem restrições, mesmo em pessoas alérgicas.

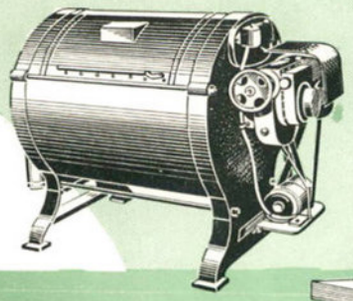
VISIBILIDADE: - As sondas "ARDONPLAST", de elevada transparência, permitem uma verificação visual instantânea para localização de obstruções. Assim, a transfusão de fluídos ou substâncias aspiradas, poderá ser acompanhada fácilmente pelo clínico.

BAIXO CUSTO: - Devido ao baixo custo das Sondas "ARDONPLAST", recomendamos o uso de uma por cada vêz, poupando-se, assim, os aborrecimentos causados pelo reaproveitamento da peça, e proporcionando importante economia de tempo e trabalho. Todavia, caso deseje, as sondas poderão ser utilizadas mais vêzes, pois o seu material é cientificamente preparado para suportar esterilização em autoclave, água e soluções.

ARDONPLAST IND. DE APARELHOS CIRÚRGICOS LTDA.
Rua Bangu, N.° 298 - Tel.: 61-3715 - É favor Correspondencia: Caixa Postal n.° 2.641 - São Paulo

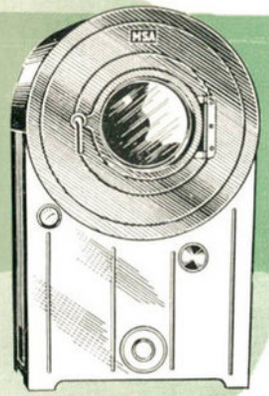
Nossas Máquinas a serviço da Técnica Hospitalar

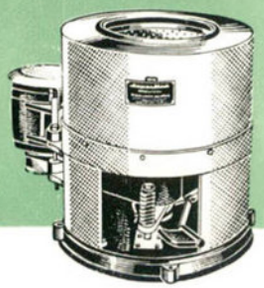
Industria especializada em Máquinas para LAVANDERIAS

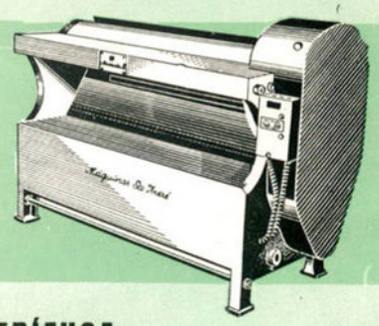


MAQUINA DE LAVAR
– Reversão Mecânica –

CALANDRA







TURBINA CENTRÍFUGA
Basculante

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

Máquinas Sto. André
ISSHIKI & CIA.

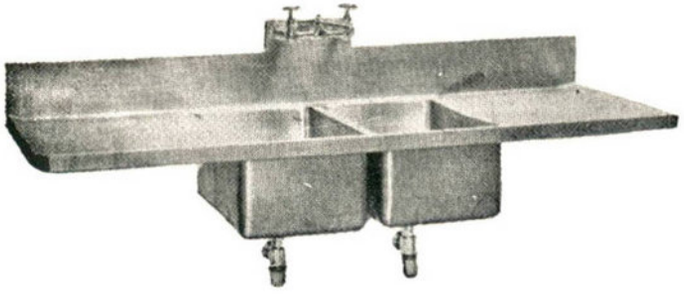
ESCRITÓRIO:
Rua Cons. Crispiniano, 344 - 6.º andar
Conj. 603 - Fone 35-5840 - S. Paulo

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. Anrdé

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

IRMÃOS SARTORIO LTDA.



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

EQUIPAMENTOS EM AÇO INOXIDÁVEL

PARA COZINHAS DE HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

BALCÕES TÉRMICOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS — MESAS PIAS — ARMÁRIOS E DEMAIS ASSESSÓRIOS PARA COPAS E COZINHAS — APARELHAGEM PARA FÁBRICAS DE PRODUTOS QUÍMICOS

SEGUNDO CONGRESSO NACIONAL DE HOSPITAIS

BELO HORIZONTE — DE 29 DE JUNHO A 6 DE JULHO DE 1958

Promovido pela

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS e DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR — D.N.S. — M.S.

Organizado pela

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DE MINAS GERAIS

Com participação do

GOVÊRNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Local das Sessões e Exposição:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

TEMÁRIO

A — TENDÊNCIAS E NECESSIDADES DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR BRASILEIRA

B — HOSPITAIS E AS FÔRÇAS ARMADAS

C — TEMAS LIVRES

TÓPICO "A"

TENDÊNCIAS E NECESSIDADES DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR BRASILEIRA

GRUPO I

1 — Assistência hospitalar nas pequenas comunidades

2 — Construções, equipamentos e instalações econômicas de Hospitais

3 — Intercâmbio Hospitalar Internacional

GRUPO II (MESAS REDONDAS)

1 — Necessidades de pessoal especializado nos hospitais

2 — Assistência hospitalar e Previdência Social

3 — "Lei orgânica de Assistência Hospitalar"

TÓPICO "A" — GRUPO I

Item 1

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NAS PEQUENAS COMUNIDADES

a) Situação geral no país e sugestões indicadas para a solução do problema

b) Problemas do preparo e da fixação do médico e dos técnicos

c) Hospital — unidade sanitária

d) Unidades móveis de assistência

Item 2

CONSTRUÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES ECONÔMICAS DE HOSPITAIS

a) Número máximo e mínimo de leitos a serem construidos num hospital

b) Tipos e modalidades de construção

c) Padronização de equipamentos e sua fiscalização

d) Instalação e manutenção

Item 3

INTERCÂMBIO HOSPITALAR INTERNACIONAL

a) Colaboração e cooperação internacional no desenvolvimento hospitalar no Brasil

b) Colaboração e cooperação brasileira para o desenvolvimento hospitalar em outras nações

TÓPICO "A" — GRUPO II (MESAS REDONDAS)

Item 1

NECESSIDADES DE PESSOAL ESPECIALIZADO NOS HOSPITAIS

Item 2

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Item 3

"LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR"

Grupo de Congressistas Junto à Entrada da Santa Casa de Misericórdia: Irmã Flávia e Rosa, do Hospital São Domingos de Uberaba, Maria Rosa Pinheiro, Florismundo Marques Lins Sobrinho, Maria do Carmo Schwabe, Heleny Albuquerque Marques Lins, José Augusto Mendonça Pereira, Dismo Ferri, Roberto Paulo Richter, Renato Castelo Branco, José Annibal Silva, Agenor Amambaí dos Santos, Jarbas Karman, Delcides Baungratz, Paulo Antunes, Gilson de Paula, Nelson Carvalho Mesquita, Alfredo Willer, Carlos Gentile de Mello, José Grecco, Celso Carvalho Filho, Gildete Medeiros, João Felício Fernandes, Angelo Cruz, Adriano Taunay, Amaury Pinto de Oliveira.

TÓPICO "B"

HOSPITAIS E AS FÔRÇAS ARMADAS

1 — Situação do Hospital em face das calamidades e sinistros

2 — Assistência Hospitalar nas Fôrças Armadas.

PARTICIPANTES DA MESA REDONDA SÔBRE "LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

PRESIDENTE:

Dr. Hilton Rocha — Belo Horizonte

SECRETÁRIO:

Dr. Nestor Cavalcanti — Recife

RELATORES:

Dr. Clóvis Washington Francisconi — Pôrto Alegre — R.G.S.

Dr. Humberto Ballariny — Distrito Federal

COORDENADORES:

Dr. Raimundo de Brito — Distrito Federal

Dra. Lourdes de Freitas Carvalho — São Paulo

MESÁRIOS:

Dr. Odair Pacheco Pedroso — São Paulo

Dr. Geraldo José Rosa e Silva — Distrito Federal

Dr. Milton Machado Mourão — Belo Horizonte

Dr. Oscar de Macedo Soares — Belo Horizonte

Dr. Teófilo de Almeida — Distrito Federal

Dr. Hélio Lopes — Belo Horizonte

Dr. Angelo Cruz — Distrito Federal

Dr. Alfredo Augusto Barros Hofmeister — Pôrto Alegre

Dr. Gastão Hugo Teixeira Lobão — Distrito Federal

Dr. Deoclides Martins Ferreira — Distrito Federal

Dr. Armando Fabriani

Professor Baeta Viana — Belo Horizonte

Irmã Percília Aguiar — Belo Horizonte.

ANTE-PROJETO DE LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

ESTABELECE BASES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO TERRITÓRIO NACIONAL

CAPÍTULO I

Da Finalidade e Definições

Art. 1.º — Esta lei institue normas gerais para a assistência hospitalar no território nacional (art. 5.º, inciso XV, letra **"b"** da Constituição Federal).

Parágrafo único — A aplicação destas normas envolve, em cooperação material, profissional, técnica e financeira, órgãos de Govêrno e Instituições particulares, para a construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais.

Art. 2.º — Assistência hospitalar é tôda assistência médico-social que tem por base o Hospital e as Instituições para-hospitalares, e que concorre para a criação de completo estado de bem estar físico, mental e social dos indivíduos.

§ 1.º — Hospital é a Instituição destinada a internar pessoas para diagnóstico ou tratamento médico, incumbindo-lhe ainda atender doentes não necessitados de internação, promover a recuperação social dos pacientes, além da educação sanitária da população, formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar, inquéritos, e pesquisas.

§ 2.º — As Instituições para-hospitalares são as Instituições que se destinam ao diagnóstico ou tratamento médico, recuperação profissional e médico-social em geral, articuladas ou não ao hospital.

CAPÍTULO II

Da Classificação das Instituições de Assistência Hospitalar

Art. 3.º — A Assistência Hospitalar classifica-se em:

A — GERAL, realizada por Hospitais destinados ao atendimento de pacientes de várias especialidades médicas.

B — ESPECIALIZADA, é a executada em hospitais em que predomine uma especialidade médica.

Parágrafo único — A Assistência Hospitalar Geral deve ser realizada preponderantemente pelas Instituições Particulares e a relativa a Tuberculose, Lepra, Doenças Nervosas e Mentais, pelos Govêrnos.

Art. 4.º — Os hospitais e as Instituições para-hospitalares devem classificar-se em:

A — Do ponto de vista da manutenção:

I — OFICIAIS, os mantidos pelos poderes públicos:

a) Governamentais, Federais, Estaduais e Municipais;

b) Para-estatais, os mantidos por entidades de que participam os poderes públicos.

II — PARTICULARES, os mantidos por Instituições particulares ou de propriedade privada:

a) De finalidade lucrativa;

b) De finalidade não lucrativa.

B — Segundo as características técnicas de construção, instalação, equipamento, hierarquia, organização, administração e população a que se destinam:

I — HOSPITAIS GERAIS

a) Hospital-Unidade Sanitária;

b) Hospital Local ou de Comunidade;

c) Hospital Regional ou Distrital;

d) Hospital de Base;

e) Hospital de Ensino Médico.

II — HOSPITAIS ESPECIALIZADOS (os que realizam assistência especializada).

III — INSTITUIÇÕES PARA-HOSPITALARES

a) Casa de Convalescentes e de doentes crônicos;

b) Institutos ou Clínicas de diagnóstico e tratamento;

c) Ambulatórios, Policlínicas e Clínicas em geral;

d) Centros de reabilitação.

CAPÍTULO III

Do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 5.º — A Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 3.171 de 2 de abril de 1941, passa a denominar-se Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 6.º — Ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar compete:

I — Funcionar como órgão normativo e executivo do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar criado no Capítulo IV desta lei;

II — Elaborar os planos de cooperação (Art. 1.º, parágrafo único), previstos no Capítulo V e submetê-los à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

III — Estabelecer, em colaboração com órgãos técnicos que julgar conveniente, as normas gerais de construção, instalação, equipamento, organização e administração de hospitais e Instituições para-hospitalares;

IV — Aprovar os projetos e especificações de obras programadas por Instituições Particulares que obtenham ou pretendam a cooperação da União;

V — Colaborar com os órgãos regionais de Assistência Hospitalar na elaboração dos projetos de construção, equipamento, organização e administração de hospitais, quando solicitado;

VI — Solicitar aos demais órgãos da Administração Pública, informações e dados estatísticos necessários, para a elaboração dos planos de cooperação de que trata o Art. 1.º, parágrafo único;

VII — Fiscalizar o funcionamento dos Hospitais e Instituições para-hospitalares;

VIII — Manter atualizado o cadastro hospitalar, inclusive a estatística de movimento assistencial e nosológico dos Hospitais e Instituições Para-hospitalares de todo o país;

IX — Emitir parecer sôbre consultas que lhe sejam feitas por estabelecimentos oficiais ou particulares com relação à assistência hospitalar ou a aplicação desta lei;

X — Estabelecer normas para seleção e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;

XI — Distribuir aos órgãos de Asssistência Hospitalar das Unidades Federadas, as importâncias que lhes forem destinadas pela União, previstas nesta lei, fiscalizando a sua aplicação direta ou indiretamente;

XII — Expedir as instruções reguladoras dos financiamentos que forem concedidos às Instituições Particulares mantenedoras de Hospitais e Instituições Para-Hospitalares, depois da homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, e aprovação pelo Sr. Ministro da Saúde;

XIII — Executar e fazer executar os planos previstos no Capítulo V desta lei após homologação pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar;

XIV — Propor as transferências entre consignações e sub-consignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas;

XV — Cumprir e fazer cumprir, no seu âmbito de ação, o disposto nesta lei.

CAPÍTULO IV

Do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar

Art. 7.º — Fica criado no Ministério da Saúde o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar (C.N.A.H.), órgão de parecer e deliberação do Ministro e sob sua Presidência, com a função precípua de estabelecer as bases e coordenar a atividade da União quanto àquela forma de assistência.

Parágrafo único — O C.N.A.H., terá como órgão normativo e executivo o Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 8.º — O C.N.A.H. será constituído:

1 — Do Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

2 — Por um representante:

a) do D.N.A.H.;

b) do Ministério da Saúde;

c) de cada um dos Serviços de Saúde das Fôrças Armadas;

d) da Consultoria Médica da Previdência Social;

e) da Associação Brasileira de Hospitais;

f) da Academia Nacional de Medicina;

g) da Associação Médica Brasileira;

h) da Confederação Nacional das Indústrias;

i) da Confederação Nacional do Comércio;

j) da Associação Brasileira de Municípios;

k) de três profissionais especializados das Associações Hospitalares de diferentes unidades da Federação.

Parágrafo único — É da competência do Ministro da Saúde a escolha e nomeação dos profissionais, dentre os indicados pelas diferentes Associações Hospitalares referidas na alínea **"k"** dêste artigo.

Art. 9.º — Os membros do C.N.A.H. terão mandato de três (3) anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 10.º — O C.N.A.H. deliberará vàlidamente por maioria relativa, presentes a metade e mais um dos seus membros incluindo o presidente.

Art. 11.º — Nos seus impedimentos será o Ministro da Saúde substituido na Presidência pelo Diretor do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Parágrafo único — Ao Presidente do C.N.A.H. caberá, ainda, o voto de desempate.

Art. 12.º — O C.N.A.H. reunir-se-á pelo menos, quatro vêzes por ano, nas primeiras quinzenas de março, junho, setembro e segunda quinzena de novembro.

Parágrafo único — O Presidente do C. N. A. H., em casos de urgência, convocá-lo-á extraordinàriamente.

Art. 13.º — Os membros do C.N.A.H. tomarão posse perante o Ministro da Saúde, e perderão o mandato se faltarem a duas reuniões ordinárias consecutivas, sem causa justificada.

Art. 14.º — As Instituições e órgãos do Govêrno Federal representados no C.N.A.H., concederão a seus representantes tôdas as facilidades necessárias ao completo desempenho das suas respectivas funções, sem prejuízo de quaisquer direito e vantagem.

Art. 15.º — O Ministro da Saúde porá à disposição do C.N.A.H. funcionários que constituam a sua secretaria, e que nela servirão sem prejuízo das vantagens dos respectivos cargos.

Art. 16.º — Além de outras atribuições que lhe sejam expressamente conferidas, cabe ao C.N.A.H.:

I — aprovar os planos de que cogita o Capítulo V desta lei;

II — aprovar as normas técnicas elaboradas pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

III — aprovar os contratos de prestação de serviços propostos pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

IV — entender-se com os órgãos a que se refere o Art. 18.º com repartições públicas e autarquias, sôbre o que julgar necessário à execução desta lei, coordenando as respectivas atividades;

V — propor aos órgãos governamentais encarregados da assistência hospitalar o que lhe parecer conveniente para a maior eficiência do serviço e opinar sôbre propostas ou consulta que lhe sejam feitas no mesmo sentido;

VI — promover ou auxiliar tudo o que lhe parecer necessário à execução desta lei e à melhoria da assistência hospitalar;

VII — autorizar as transferências entre consignações e sub-consignações de verbas orçamentárias, dentro das dotações globais respectivas, por proposta do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar;

VIII — elaborar o seu regimento interno.

CAPÍTULO V

Dos Planos de Cooperação da União com as Unidades Federadas e Instituições Particulares

Art. 17.º — A cooperação mencionada no Art. 1.º, parágrafo único, desta lei, será considerada na forma dos seguintes planos:

A — O das realizações, diretamente a cargo dos órgãos de Govêrno e de suas autarquias ou sociedades de economia mista, compreendendo:

1 — formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;

2 — aquisição, fornecimento e recuperação do material e equipamento;

3 — obras e serviços em geral.

B — O de distribuição de recursos federais em caráter supletivo, sob a forma de auxílio direto ou financiamento às instituições particulares, por intermédio dos órgãos previstos no Art. 18.º para:

1 — formação e aperfeiçoamento do pessoal hospitalar;

2 — manutenção dos serviços assistenciais, na base do custo do doente-dia;

3 — aquisição de material hospitalar;

4 — obras e serviços em geral.

§ 1.º — Na distribuição dos recursos às instituições particulares de assistência hospitalar, será seguido como ordem de preferência, a seriação estabelecida nos itens da letra "B" dêste artigo.

§ 2.º — Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão fixadas anualmente pelo Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, as respectivas percentagens, correspondentes a cada ítem supra mencionado.

Art. 18.º — Os Govêrnos estaduais deverão possuir órgãos capazes de, pela sua estrutura, desempenhar no âmbito estadual, as funções que competem ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar e ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

§ 1.º — A categoria, as características e a denominação dos órgãos a que se refere êste artigo ficarão condicionadas à estrutura administrativa e jurídica e à situação financeira de cada Unidade da Federação.

§ 2.º — A administração estadual, que não dispuser de recursos técnicos ou financeiros para cumprimento do disposto neste artigo poderá solicitar ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar providências que supra essas deficiências, a fim de que a região possa ser incluida no plano de auxílios.

Art. 19.º — O Conselho Nacional de Assistência Hospitalar fixará as épocas em que os órgãos estaduais deverão remeter os seus planos e pedidos de auxílios, não sendo tomados em consideração os que forem recebidos depois dêsses prazos.

Art. 20.º — Os recursos pela União destinados à Assistência Hospitalar, inclusive o Fundo de Assistência Hospitalar criado pelo Decreto-Lei n.º 9.846 de 12-9-46 e juros de financiamento, por ela mantido, serão englobados em uma só dotação orçamentária, consignada ao Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, para a distribuição e aplicação prescritas nesta lei.

§ 1.º — Os duodécimos da dotação prevista neste artigo, serão depositados no Banco do Brasil em nome do Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, para serem movimentados pelo seu Diretor, conjuntamente com um representante do Conselho Nacional, eleito por seus pares, para êsse fim.

§ 2.º — O auxílio financeiro da União à assistência hospitalar só será concedido quando as Unidades Federadas satisfizerem as condições previstas nesta lei.

§ 3.º — A cooperação acima prevista terá caráter supletivo e far-se-á sob a forma de auxílio direto ou de financiamento, cujas condições serão fixadas em cada caso, observadas as preferências estabelecidas pelo Art. 17.º e as instruções baixadas pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 21.º — O "auxílio" direto poderá ser de ordem financeira, ou técnico profissional ou ainda para ensino e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, ficando a sua concessão na dependência de regulamentação.

Art. 22.º — O "financiamento" deverá ser concedido na forma de empréstimo hipotecário às instituições classificadas no inciso II da letra "A" do Art. 4.º.

Art. 23.º — O pagamento de parcelas de auxilio-direto ou de financiamento poderá ser suspenso, a juízo dos órgãos estaduais, ou do C.N.A.H. se interessada a União, nos seguintes casos:

a) irregularidade praticada pelo beneficiário em prejuízo do conjunto dos planos em vigor;

b) desobediência às normas técnicas, instruções, posturas ou regulamentos pertinentes à matéria.

Art. 24.º — Os órgãos estaduais deverão submeter à aprovação do Conselho Nacional de Assistência Hospitalar, para fazerem jús ao auxílio do Govêrno Federal, planos estudados para um mínimo de 5 anos, nos quais constem, detalhadamente:

a) um capítulo referente à melhoria do padrão assistencial da rêde hospitalar existente:

b) um capítulo referente à manutenção das instituições existentes que prestam assistência a pacientes não contribuintes;

c) um capítulo que trate da construção de novas instituições e ampliação das existentes.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 25.º — As instituições particulares que se considerarem prejudicadas pela falta de providências dos órgãos estaduais no tocante ao que estipula o Art. 19.º poderão recorrer ao Conselho Nacional de Assistência Hospitalar através do órgão previsto no Art. 5.º.

Art. 26.º — O Departamento Nacional de Assistência Hospitalar poderá delegar poderes aos órgãos estaduais, dentro das suas jurisdições, para o exercício das funções que lhe são atribuídas no Art. 6.º.

Art. 27.º — Para a importação de material destinado à assistência hospitalar, não produzido no país, ou cuja produção seja insuficiente, gozarão os hospitais e instituições para-hospitalares das mesmas regalias atribuídas ao Govêrno Federal.

Art. 28.º — No prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da publicação desta lei deverá ser instalado o Conselho Nacional de Assistência Hospitalar.

Art. 29.º — Até 24 meses após a publicação referida, os Govêrnos dos Estados tomarão as providências necessárias para se ajustarem às exigências desta lei, se pretenderem continuar a receber os benefícios nela estipulados.

Art. 30.º — Os órgãos estaduais deverão restituir devidamente preenchidos, os questionários que lhes forem enviados pelo Departamento Nacional de Assistência Hospitalar, que compreenderão os seguintes aspectos dos hospitais:

a) organização do pessoal;
b) instalação e equipamentos em geral;
c) condições de construções;
d) dados estatísticos;
e) rendimento de trabalho.

Art. 31.º — No prazo de 12 meses após a promulgação desta lei, o Departamento Nacional de Assistência Hospitalar realizará, com a colaboração dos órgãos estaduais, o recenseamento hospitalar do Brasil.

Art. 32.º — Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PARTICIPANTES DA MESA REDONDA SÔBRE "ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL"

PRESIDENTE:

Dr. Henrique Bandeira de Melo — Distrito Federal

SECRETÁRIO:

Dr. Lourenço Mesquita da Cruz — Distrito Federal

RELATOR:

Dr. José Ortiz Monteiro Patto — S. Paulo

COORDENADORES:

Dr. Adhemar Hopper Pinto — Distrito Federal
Dr. Christiano Lopes de Rezendo — Belo Horizonte

MESÁRIOS:

Dr. Loel Gomes de Pinho — Distrito Federal
Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães — Distrito Federal
Dr. Lucílio Castilho — Distrito Federal
Dr. José Maria Figueiró — Belo Horizonte
Dr. Nestor Fóscolo — Belo Horizonte
Dra. Augusta Barbosa de Carvalho Ribeiro — São Paulo
Dr. Jair de Souza Carmo — Distrito Federal
Dr. Nelson Antônio Rodrigues — Distrito Federal
Dr. Ludovico Evaristo Mungioli — São Paulo
Dr. Paulo Gomes Romeo — São Paulo
Dr. Thomaz R. Raposo Almeida — Distrito Federal.

Assistência Hospitalar e Previdência Social

Encerrados os trabalhos da Mesa Redonda sôbre o tema: **"Assistência Hospitalar e Previdência Social"**, o relator submete à apreciação do Plenário as respostas às perguntas que foram formuladas sôbre o assunto:

1.º — RÊDE HOSPITALAR E LEITOS EM HOSPITAIS PARTICULARES.

PERGUNTAS

a) **A Previdência Social deve possuir rêde hospitalar própria; manter leitos em hospitais particulares; ou pagar doentes-dias?**

RESPOSTA

As Instituições de Previdência devem possuir sua rêde hospitalar própria nos locais onde seus recursos e o número de segurados a justifique; recomenda-se no entanto, que haja possibilidade de serem integrantes da rêde, instituições hospitalares públicas ou particulares já existentes. Nos locais onde não se observem aquelas condições deverão manter leitos em instituições particulares ou pagar doentes-dia, desde que essas instituições apresentem os padrões mínimos hospitalares estabelecidos. Quanto à forma de manter leitos em instituições particulares ou pagar doentes-dia, dependerá das condições locais e dos seus recursos médicos.

b) **Há vantagens ou desvantagens no estabelecimento de convênios entre a Previdência Social e Instituições Públicas?**

RESPOSTA

A Previdência Social pode e deve estabelecer convênios com as Instituições Públicas desde que estas ofereçam as condições de padrão mínimo exigidas para as Instituições particulares.

c) **Como organizar a assistência especializada na Previdência Social, particularmente no que se refere aos problemas de tuberculose, lepra, doentes mentais e câncer?**

RESPOSTA

O ideal seria o tratamento do câncer, da tuberculose e das enfermidades mentais, por meio de unidades especializadas nos respectivos hospitais gerais. Os enfermos crônicos seriam recolhidos em hospitais-colônias, mantidos pelas entidades Governamentais, desde que sejam convenientemente aparelhados. No caso da lepra, parece à Mesa Redonda, que a medida mais acertada seria a celebração de convênios com o Serviço Nacional da Lepra. Enquanto não fôr unificada a Previdência Social e esta não possuir rêde hospitalar própria, deve-se utilizar a modalidade de contratos e convênios.

d) **Como conceituar o problema do internamento dos doentes de clínica médica geral, no campo da Previdência Social?**

RESPOSTA

O aconselhável para casos de clínica médica geral que não possam se locomover será a hospitalização domiciliar. Julga a Mesa Redonda que a internação de casos de clínica médica em hospitais gerais só se recomenda para os casos que exijam contrôle técnico continuado. Também a Mesa recomenda a revisão do critério adotado pela Previdência Social na atribuição de prioridades às diferentes clínicas para efeitos de limitação do internamento hospitalar.

2.º — NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DOS AMBULATÓRIOS.

PERGUNTAS

a) **Devem-se padronizar rotinas para o funcionamento de ambulatórios?**

RESPOSTA

Sim, desde que, obedecidos padrões mínimos para os vários tipos dependendo a amplitude, das necessidades funcionais e recursos econômicos.

b) **Os ambulatórios devem funcionar em horário único ou fracionado?**

RESPOSTA

A adoção de horário único ou fracionado dependerá das exigências dos serviços solicitados, condições locais e recursos existentes. Entende a Mesa Redonda que horário único é o de um turno e fracionado, o horário continuado no decorrer do dia.

c) **Quais os tipos de serviços que devem funcionar apenas à base de triagem?**

RESPOSTA

Nenhum tipo de serviço dos Ambulatórios deve funcionar apenas à base de triagem. Entende a Mesa Redonda que a triagem é um serviço integrante do ambulatório.

d) **Como entrosar os ambulatórios da Previdência Social com os Postos de Saúde Pública e os Hospitais particulares? Vantagens e desvantagens.**

RESPOSTA

Os ambulatórios da Previdência Social se entrosarão com os Postos de Saúde Pública mediante entendimentos e acôrdos visando à medicina preventiva, à utilização dos seus recursos técnicos e ao encaminhamento a tratamento ou contrôle diagnóstico, sempre que conveniente fôr e com a reciprocidade cabível e, supletivamente com os mesmos Postos e com hospitais particulares sempre que, dada as condições locais, se vise evitar duplicidade de serviços na mesma área de ação.

3.º — ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

PERGUNTAS

a) **A Assistência domiciliar deve ser centralizada em órgãos específicos de tipo de comunidade de serviço (SAMDU)?**

RESPOSTA

Não. A assistência domiciliar tanto no seu aspecto de rotina como nos casos de emergência deverá ser executada pelos ambulatórios e hospitais gerais, que terão jurisdição sôbre determinada área da localidade. Conforme as condições, a assistência médica domiciliar de emergência poderá ser de prestação direta pelos serviços médicos da Previdência Social ou através de convênios, no que couber, com os serviços públicos ou contratos com serviços particulares. A implantação do sistema acima preconizado se fará na oportunidade em que se modificar o sistema médico hospitalar da Previdência Social. Esta Mesa recomenda que os atuais serviços de comunidade tipo S.A.M.D.U. sejam suspensos na sua expansão e ampliação a fim de tornar possível a incorporação dos seus recursos ao sistema médico hospitalar unificado da Previdência Social.

b) **A assistência domiciliar da Previdência Social deve incluir o tratamento dos casos de clínica geral ou apenas, o tipo de socorro médico de urgência?**

RESPOSTA

Compreendida nas considerações da alínea "A"

4.º — UNIFICAÇÃO E UNIFORMIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

a) **Deve, ainda, pensar-se na constituição de um órgão centralizador tipo S.A.M.P.S.?**

RESPOSTA

Sim, a Previdência Social deve ser um todo harmônico de peças bem ajustadas para fins precisamente determinados, quer na supra quer na infra estrutura, no sentido de produzir eficiente trabalho decorrente da ampliação e uniformização da Assistência; pois, a disparidade de regulamentos dos Institutos, no que tange a direitos, obrigações e prerrogativas dos associados, bem como os recursos técnicos e certas características de distribuição da massa segurada, geram desigualdades de tratamento entre os vários grupos Previdenciários. O equilíbrio e amplitude de ação sòmente serão alcançados com a unificação e uniformização dos Serviços Médicos através um órgão coordenador ou centralizador de recursos, tipo S.A.M.P.S., havendo a necessária concomitância e unificação dos regulamentos das Instituições de Previdência Social, o que redundará, além do mais, em apreciável redução de despesas de administração e manutenção.

Esta Mesa recomenda o reexame para atualização da regulamentação da lei que determinou a unificação dos serviços médicos da Previdência Social, com maior urgência possível.

b) **Que tipos de serviços da Assistência da Previdência Social podem ser uniformizados?**

RESPOSTA

Completando a resposta ao quesito anterior, esta Mesa propõe que sejam uniformizadas tôdas as modalidades de atividades médico-sociais prestadas na previdência.

c) **Que serviços médicos devem ser prestados**

1 — **nas instituições hospitalares?**

2 — **nos locais de trabalho?**

3 — **nos domicílios?**

4 — **nos centros regionais?**

RESPOSTA

Os que forem necessários ao perfeito atendimento dos Previdenciários e de acôrdo com a regulamentação estabelecida para atingir ao tríplice aspecto da medicina: preventiva, curativa e social.

d) **Que outras modalidades de assistência devem ser oferecidas?**

RESPOSTA

Prejudicada.

e) **Devem os Institutos construir hospitais gerais e especializados?**

RESPOSTA

Sim, de acôrdo com a idéia inicial da adoção da rêde hospitalar própria, podendo utilizar-se dentro do sistema adotado, os estabelecimentos públicos ou privados existentes na localidade.

f) **Deve o órgão previdenciário atender a beneficiários de outros Institutos?**

RESPOSTA

Se se preconiza a unificação e a uniformização dos serviços médicos êste quesito está prejudicado.

g) **Como encarar o problema dos cursos de aperfeiçoamento especializado na Previdência Social.**

RESPOSTA

Necessidade imperiosa e há de ser preocupação constante e obrigação da Previdência Social.

h) **Como estabelecer planos de assistência médica, odontológica, jurídica e social, na Previdência?**

RESPOSTA

Estudando-se prèviamente as necessidades e os recursos locais dentro dos princípios que regerão a uniformização e unificação dos serviços médicos da Previdência, estabelecendo-se como condição precípua a existência de recursos necessários à sua correta execução.

i) **Deve a assistência concedida ser inteiramente gratuita ou paga proporcionalmente aos proventos dos servidores?**

RESPOSTA

Preliminarmente esta Mesa entendeu que a expressão Servidores contida no quesito quer se referir a segurados da Previdência Social. Outrossim, esta Mesa lembra que os segurados da Previdência Social não são pròpriamente gratuitos e ratifica a conclusão aprovada sôbre a matéria, no primeiro Congresso da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, realizada em RIBEIRÃO PRÊTO, assim redigida:

"Além do prévio pagamento deve ser feita uma contribuição complementar para cada serviço recebido, em relação à natureza do mesmo, e proporcional à capacidade de pagamento do beneficiário, podendo chegar-se à isenção total, mediante uma pesquisa social".

5.º — SERVIÇOS CREDENCIADOS

PERGUNTAS

a) **Em face da precariedade de profissionais existentes no país, surgiu o tipo do contrato e prestação de serviços "por credenciamento". Tem sido benéfico ao profissional e à Previdência essa modalidade de contrato?**

RESPOSTA

Foi considerado benéfico aos profissionais e à Previdência o sistema de credenciamento.

b) **Satisfaz à Previdência e aos profissionais a recente portaria ministerial que regulamentou o credenciamento?**

RESPOSTA

NÃO.

PARTICIPANTES DA MESA REDONDA SÔBRE "NECESSIDADES DE PESSOAL ESPECIALIZADO EM HOSPITAIS"

PRESIDENTE:

Dr. Dirceu Eulalio — Distrito Federal

SECRETÁRIO:

Dr. Maury Pinto de Oliveira — Distrito Federal

RELATORES:

Dr. Gennyson Amado — Distrito Federal

Dr. Geraldo Silva Ferreira — São Paulo

COORDENADORES:

Dr. Gentil Portugal do Brasil — Belo Horizonte

D. Marina de Andrade Resende — Distrito Federal

MESÁRIOS:

Dr. Vittorio Lanari — Belo Horizonte

Dr. Romeu Paim Mazzei — Pôrto Alegre — R. G. S.

Dr. Jetro Fernando de Carvalho — Belém — Pará

D. Georgina Cândida de Castro Teixeira — Belo Horizonte

D. Lêda Afonso Borges — Belo Horizonte

D. Beatriz Moraes Teixeira — Belo Horizonte

D. Clarice Ferrarini — São Paulo

D. Maria Valderez Borges — B. Horizonte

Ir. Maria São Luiz — Belo Horizonte

Sr. Roberto Costa — Belo Horizonte

Dr. Edgard Carvalho Silva — B. Horizonte

Dr. Antônio de Melo Alvarenga — Belo Horizonte

Dr. Mário Pernambuco Filho — S. Paulo

D. Marta Pacífico Homen — B. Horizonte

D. Sylvia de Resende Costa — Belo Horizonte

D. Eunice Martins — Belo Horizonte

Sr. José Sady Neto — São Paulo

D. Celina Mendes Cunha — Pôrto Alegre — R.G.S.

D. Therezinha Costa Ávila — Pôrto Alegre — R.G.S.

Necessidades de pessoal especializado nos hospitais

Seguindo o programa elaborado pela Comissão Executiva e constante do Regulamento do II Congresso Nacional de Hospitais, a Mesa Redonda sôbre "NECESSIDADES DE PESSOAL ESPECIALIZADO NOS HOSPITAIS", reuniu-se sob a Presidência do Dr. Dirceu Eulálio. O Presidente, nos têrmos do parágrafo 2.º do artigo 14, daquêle Regulamento, escolheu como Secretário o Dr. Maury Pinto de Oliveira. Ainda de acôrdo com o item 4 do parágrafo 2.º do mesmo artigo, o Presidente indicou, para os dois grupos de trabalho, como Relatores, os Drs. Gennyson Amado e Geraldo Silva Ferreira; e, cada grupo, elegeu seu coordenador, recaindo a escolha de um dos grupos no nome da enfermeira D. Marina de Andrade Rezende, e, do outro grupo, no nome do Dr. Gentil Portugal do Brasil. Em obediência ao item 5 daquêle mesmo parágrafo 2.º, os dois grupos, reunidos em salas separadas do 3.º e 4.º andares da Santa Casa de Misericórdia, estudaram e debateram, demoradamente, os assuntos constantes de roteiro questionário e elaboraram o relatório das suas conclusões e recomendações. Reunidos os dois grupos em sessão conjunta, verificou-se divergência de pontos de vista no que concerne ao relacionamento de cargos e funções necessários ao serviço hospitalar, defendendo um dos grupos uma discriminação de 98 (noventa e oito) cargos e funções e, o outro, de uma contendo 37 (trinta e sete). A simples apresentação dêsse relacionamento e as deduções a que foram levados os dois grupos — antes, isoladamente, e, depois, em uma sala única —, constituem matéria que responde, salvo julgamento superior, aos seguintes quesitos do roteiro já aludido:

Quesito 1.º — QUAIS OS CARGOS E FUNÇÕES ESPECIALIZADOS NECESSÁRIOS AO SERVIÇO HOSPITALAR?

Quesito 2.º — QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DÊSSES CARGOS E FUNÇÕES E OS REQUISITOS PARA EXERCÊ-LOS?

As duas listas apresentadas e as deduções a que nos referimos foram as seguintes:

1. Diretor
2. Assistente do Diretor
3. Secretário do Diretor
4. Contador Chefe
5. Contador
6. Operador de máquina de contabilidade
7. Tesoureiro ou Caixa
8. Chefe de Seções
9. Chefe de Pessoal
10. Coordenador de Treinamento
11. Analista de trabalho
12. Entrevistador
13. Chefe de compras
14. Comprador
15. Almoxarife
16. Conferente
17. Chefe de Nutrição ou Dietética
18. Assistente
19. Dietista
20. Cozinheiro
21. Dispenseiro
22. Magarefe
23. Padeiro
24. Confeiteiro
25. Lavador
26. Auxiliar de alimentação
27. Chefe Dpto. de Enfermagem
28. Assistente Chefe Enfermagem
29. Supervisora
30. Enfermeira Chefe
31. Enfermeira
32. Auxiliar de Enfermagem
33. Secretária de Enfermagem
34. Atendente
35. Chefe do Serviço Social
36. Supervisora
37. Assistente Social
38. Chefe da Lavanderia, Rouparia e Costura
39. Costureiro
40. Passador
41. Roupeiro
42. Zelador
43. Assistente de Zelador
44. Servente
45. Porteiro
46. Jardineiro
47. Guarda
48. Motorista
49. Escriturário
50. Aux. de Escritório
51. Ascensorista
52. Chefe da Manutenção
53. Assistente de Manutenção
54. Eletricista
55. Bombeiro Hidráulico
56. Carpinteiro
57. Marcineiro
58. Mecânico de veículos motorizados
59. Operador de caldeiras
60. Mecânico Torneiro
61. Pintor
62. Pedreiro
63. Encarregado de equipamento eletromecânico
64. Impressor
65. Tipógrafo
66. Desenhista
67. Farmacêutico
68. Prático de farmácia
69. Auxiliar de farmácia
70. Dentista
71. Técnico de Relações Públicas
72. Auxiliar de Relações Públicas
73. Assistente de Comunicações
74. Assistente de Comunicações
75. Telefonista
76. Mensageiro
77. Recreacionista
78. Bibliotecária
79. Fotógrafo
80. Técnico em Fisioterapia
81. Aux. de Fisioterapia
82. Massagista
83. Técnico de R.X.
84. Técnico em Terapia Ocupacional
85. Técnico em Transfusão
86. Auxiliar de Gazoterapia

87. Técnico em Eletrocardiografia
88. Técnico em Eletroencefalografia
89. Técnico de Laboratório
90. Técnico em Histopatologia
91. Escriturário-Datilógrafo
92. Estenodatilógrafo
93. Arquivista
94. Secretário
95. Operador de Máquina de Olerite
96. Lavador
97. Técnico de Radioterapia
98. Capelão.

1. Diretor
2. Assistente de Diretor
3. Contador
4. Técnico em administração de pessoal
5. Escriturário-Datilógrafo
6. Arquivista
7. Técnico de arquivo e estatística médica
8. Bibliotecário
9. Telefonista
10. Secretário
11. Almoxarife
12. Enfermeira
13. Auxiliar de enfermagem
14. Atendente hospitalar
15. Farmacêutico
16. Técnico e operador de R. X.
17. Técnico de Laboratório
18. Técnico de fisioterapia
19. Dietista
20. Cozinheiro
21. Auxiliar de cozinha
22. Padeiro
23. Copeiro
24. Auxiliar de rouparia
25. Serviçal
26. Porteiro
27. Operador de máquinas de lavanderia
28. Técnico de manutenção, instalação, equipamento e obras
29. Eletricista
30. Bombeiro hidráulico
31. Carpinteiro
32. Caldeireiro
33. Jardineiro
34. Cabineiro
35. Motorista
36. Assistente Social
37. Dentista

Houve absoluta concordância em que o relacionamento em questão apresenta precariedade, em face da complexidade do assunto e da escassez do tempo.

Assim a Mesa considera qualquer uma das relações como uma contribuição inicial a um trabalho mais profundo que sugere venha a ser realizado oportunamente por uma comissão constituída dos seguintes membros:

a) O Diretor da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério de Saúde;

b) Um representante da Associação Brasileira de Hospitais;

c) Um representante de cada uma das Associações Hospitalares existentes no país.

Para o bom êxito dessa tarefa, poderá a comissão solicitar a cooperação de técnicos experimentados e representantes de associações profissionais.

Quesito 3.º — RECONHECIDA A NECESSIDADE DE TÉCNICOS EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, PARA DIRIGIR HOSPITAIS, PERGUNTA-SE: NOS QUADROS DE PESSOAL, NÃO DEVE EXISTIR UMA CARREIRA DE ADMINISTRADOR OU DE DIRETOR DE HOSPITAL?

Com referência ao 3.º quesito a Mesa chegou a seguinte conclusão:

Sim, para os hospitais do Serviço Público, para-estatais e autárquicos.

Nos hospitais particulares recomenda-se a adoção de sistema que representa incentivo ao exercício do cargo de Diretor.

Quesito 4.º — QUE LEGISLAÇÃO SE FAZ NECESSÁRIA, NO MOMENTO ATUAL, PARA A MELHORIA DO PESSOAL HOSPITALAR?

Com relação ao 4.º quesito a Mesa respondeu da seguinte forma:

No momento atual, faz-se necessária legislação que regulamente o exercício do cargo de diretor e de assistente de diretor de hospital.

Para os demais cargos, recomenda-se rigorosa observância do cumprimento da legislação em vigor.

Quesito 5.º — QUE PROVIDÊNCIAS PODERÃO TOMAR OS PARTICULARES E OS GOVERNOS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DE PESSOAL PARA OS HOSPITAIS?

Quanto ao quesito 5.º a Mesa faz as seguintes recomendações:

a) deve ser criada legislação referente ao exercício dos cargos de Diretor e de Assistente de Diretor de Hospital;

b) os Governos e os particulares vem de cumprir rigorosamente a legislação em vigor relativa ao exercício profissional;

c) a comissão que vai estudar os cargos e funções deve traçar normas básicas referentes ao recrutamento, seleção e admissão de pessoal para os hospitais;

d) todos os hospitais devem adotar como uma das normas de sua administração do pessoal e treinamento e educação em serviço;

e) os governos e particulares devem promover, colaborar e estimular a formação e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar, por meio de cursos, bôlsas de estudo, simpósios, seminários, congressos e outras atividades de incentivo profissional, tanto no país como no estrangeiro:

f) a legislação e a regulamentação referentes aos hospitais devem conferir-lhes o máximo de autonomia técnico-administrativa;

g) com relação à enfermagem, serviço social e dietética, devem as associações profissionais interessadas, com a colaboração dos hospitais e das associações hospitalares, traçar e executar ampla programa de âmbito nacional para tornar conhecida a profissão e atrair maior número de candidatos às escolas.

Estas são as conclusões que a Mesa Redonda sôbre o tema "NECESSIDADE DE PESSOAL ESPECIALIZADO NOS HOSPITAIS" tem a honra de submeter à apreciação dos Srs. Congressistas.

Trabalhos apresentados no II Congresso Nacional de Hospitais

TÓPICO "A":

Tendência e Necessidades da Assistência Hospitalar Brasileira

GRUPO 1

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NAS PEQUENAS COMUNIDADES

ITEM "I"

a) Situação geral no país e sugestões indicadas para a solução do problema;

b) Problemas do preparo e da fixação do médico e dos técnicos;

c) Hospital — Unidade Sanitária, e,

d) Unidades Móveis de Assistência.

TRABALHOS APRESENTADOS:

1 — ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS NOS HOSPITAIS DO INTERIOR

Dr. Anthero Barradas Barata — São Paulo.

Não apresentou resumo.

2 — COMO INFLUENCIAR A COMUNIDADE PARA A CONSTRUÇÃO DE UM HOSPITAL

Lila Torres Camargo — São Paulo.

Não apresentou resumo.

3 — DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM UMA COMUNIDADE

Dr. Hilton Neves Tavares — São Paulo.

Não apresentou resumo.

4 — MELHOR PREPARO DE NOSSOS MÉDICOS E TÉCNICOS NO SENTIDO SOCIAL. UM DOS MEIOS PARA REDUZIR SUA MOBILIDADE

Dr. Martinus Pawel — São Paulo.

RESUMO

O autor analisa a necessidade de dar ao nosso estudante, a par da formação técnica, capacidade para estudar, raciocinar e aprender por si, utilizando tôdas suas possibilidades naturais, mediante o ensino de noções de teoria do conhecimento, psicologia e higiene mental. Além disto, reputa essencial dar-lhe uma noção do valor social de sua profissão e de como valorizar ao máximo seu exercício, em benefício de sua comunidade e de sua felicidade pessoal. Para tanto, noções práticas de psicologia social, sociologia, estruturação e dinâmica da sociedade brasileira são indispensáveis. Os problemas de Saúde Nacional deverão ser pois estudados em conexão com os problemas sociais que lhes formam o fundo.

Exemplifica, no caso concreto da profissão médica, apresentando as modificações no conceito do ensino e do programa desejáveis no ensino de nossas faculdades médicas, com ampliação na parte de psicologia, higiene mental, medicina social, etc.

Resume, por fim, as vantagens advenientes da orientação que preconiza. A par da motivação mais adequada em sua profissão, oferecida pelo melhor preparo psico-social dos médicos e técnicos, outras motivações, que facilitem o enraizamento dêste pessoal no hospital e na comunidade, poderão ser oferecidas, sendo brevemente enumeradas. Entretanto, como a principal causa da dificuldade de fixação não é individual, mas repousa em um traço indelével, a curto prazo, do caráter nacional brasileiro, sua grande mobilidade, a solução para o problema da deficiente fixação deve ser procurada alhures: Em uma organização mais objetiva, mais adaptada a constantes mudanças de empregados, subalternos e categorizados.

CONCLUSÕES:

a) Os médicos e técnicos da saúde deverão receber ao lado do ensino técnico, algum preparo psicológico e sociológico para a profissão, durante seus estudos assim como uma visão social mais ampla dos problemas que vão enfrentar. Poderão então prestar uma contribuição muito mais extensa e mais útil ao desenvolvimento da comunidade.

b) Tal preparo poderá facilitar a fixação do nosso pessoal hospitalar, a par de outras motivações.

c) As dificuldades encontradas na fixação do nosso pessoal hospitalar são entretanto, devidas principalmente a uma característica sociológica da população brasileira, que é sua grande mobilidade.

d) Não é de esperar que esta característica secular desapareça em face de medidas tomadas na esfera individual, embora estas também sejam desejáveis.

e) Dado que a fixação, em escala ampla, encontra como barreira intransponível a característica apontada, o bom senso aconselha uma tentativa de atacar o problema posto pela mobilidade do pessoal pelo lado oposto, isto é, pela tentativa de organizar os quadros hospitalares de maneira a reduzir ao mínimo a repercussão sôbre o funcionamento, de frequentes mudanças de pessoal.

f) Satisfaz a esta exigência uma organização com quadro impessoal, com obrigações e métodos de trabalho pré-fixados para cada posto do quadro pessoal. Como corolário de tal organização, a seleção para as vagas deve visar a descoberta do indivíduo melhor qualificado para o posto vago, em lugar de se adaptar posteriormente os encargos dos postos ao pretendente escolhido, como se faz entre nós.

5 — O ABRIGO HOSPITAL NO PLANO GERAL DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

Dr. Clodoaldo de Magalhães Avelino — Belo Horizonte.

CONCLUSÃO:

Sugerimos a criação de Abrigos-Hospitais e o subvencionamento dos de iniciativa privada.

6 — O HOSPITAL CENTRO DE SAÚDE

Mário José Serra e Nunes — São Paulo.

RESUMO

O que acaba de ser exposto em linhas muito genéricas nada terá talvez de original e representa como de início se disse, modesto e despretencioso contributo nosso, para o II Congresso Hospitalar. Poderá representar o esquema dum ensaio-pilôto capaz de pautar o ajustamento de novas e mais prometedoras diretrizes na orgânica dos serviços técnicos hospitalares, de procurar obter uma melhor eficiência dos serviços técnicos a prestar não só no sentido de maior bem estar coletivo, mas também no da perene e desejável manutenção da medicina como a mais nobre e mais útil das profissões liberais, devolvendo ao indivíduo aquilo que êle tem de mais precioso como dádiva de DEUS: A Saúde.

7 — RECRUTAMENTO DE PESSOAL PARA ESCOLAS DE ENFERMAGEM

Lygia Teixeira Nunes — São Paulo

Não apresentou resumo.

8 — TREINAMENTO DE PESSOAL DE COZINHA HOSPITALAR

Dra. Lourdes de Freitas Carvalho — São Paulo.

CONCLUSÕES:

1) Apenas em pouquíssimos hospitais do país, iniciou-se o treinamento do pessoal de cozinha hospitalar.

2) O treinamento ou orientação profissional é uma fase importantíssima pela qual o empregado deve passar, a fim de que o hospital possa prestar assistência eficiente aos pacientes.

3) Ao ser admitido um funcionário, deve-se evitar que venha recomendado, pois elementos dêste tipo, em geral, são ineficientes e maus exemplos para o restante do pessoal hospitalar.

4) O treinamento deve abranger tanto aos empregados recém-admitidos como os antigos.

5) O treinamento em serviço, sob supervisão direta é considerado o melhor processo para o aprendizado do servidor.

6) No programa de treinamento, dois pontos fundamentais devem ser considerados:

a) Como se preparar para instruir.

b) Como instruir.

7) O treinamento traz vantagens tanto para o servidor como para o hospital, diminuindo as demissões consequentes à falta de ajustamento do novo empregado.

9 — UNIDADES MÓVEIS DE ASSISTÊNCIA

Dr. Angenor Negrão — Comissão do Vale do São Francisco.

CONCLUSÃO:

Sabemos, com grande satisfação de nossa parte, que a importância dos serviços móveis de assistência está merecendo, por parte das nossas entidades públicas, interêsse crescente, a exemplo do que se verifica em alguns países, notadamente Portugal, Cuba e Austrália.

A êsses órgãos que estão compreendendo e sobretudo verificando os resultados práticos de tais serviços móveis os nossos calorosos aplausos.

Com a modesta contribuição ao II Congresso Nacional de Hospitais, desejamos apenas demonstrar que pode alguém estar inflamado por uma idéia que em si bruxuleia há 15 anos, sem se extinguir a pálida esperança de um sonho realizável, desde que para tanto se veja nesse pensamento não egoísmo ou vaidade, mas a convicção inabalável de benefícios reais ao povo.

Os nossos hospitais e postos de saúde ressentem-se na sua maioria de bons equipamentos e de pessoal especializado. As populações são esparsas na Região. Há certa dificuldade em aquisição de técnicos.

Por tudo isso, cremos nos benefícios inestimáveis que prestariam às populações do Vale do São Francisco as Unidades Móveis, sobretudo se integrais.

Oxalá os nossos dirigentes modificassem o modo de ver certas cousas e teríamos na unidade móvel de assistência mais um serviço que empolgaria o público como ora se verifica na grandiosa obra de TRÊS MARIAS.

E as populações ribeirinhas teriam mais um grande benefício por parte do Govêrno.

GRUPO "I" — ITEM "II"

CONSTRUÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES ECONÔMICAS DE HOSPITAIS

a) Números máximo e mínimo de leitos a serem construídos num hospital;

b) Tipos e modalidades de construção;

c) Padronização de equipamentos e sua fiscalização, e,

d) Instalação e manutenção.

TRABALHOS APRESENTADOS

1 — AS SETE CONSTANTES DO HOSPITAL

Arq. Gilson de Paula — Belo Horizonte.

RESUMO

1) Ligeira introdução.

2) Citação e ligeira descrição das sete constantes do hospital.

a) 1.ª constante — unidade da administração;

b) 2.ª constante — unidade do ambulatório;

c) 3.ª constante — unidade dos serviços auxiliares;

d) 4.ª constante — unidade dos serviços gerais;

e) 5.ª constante — unidade de enfermagem;

f) 6.ª constante — unidade dos centros cirúrgico e obstétrico;

g) 7.ª constante — unidade dos serviços complementares.

3) Conclusão.

As unidades examinadas compõem qualquer hospital, que se procure projetar ou construir. As suas peças naturalmente variam de conformidade com as limitações impostas pelas circunstâncias o que aliás, já foi acentuado repetidas vêzes. Isso contudo, não invalida a afirmação formulada. Afirmando e relacionando aquelas unidades, procuramos de algum modo ,num esfôrço de sistematização, oferecer uma contribuição ao estudo de tão relevante matéria, que dia a dia vem reclamando novas pesquisas.

2 — FERRAGENS PARA PORTAS HOSPITALARES

Eng. Alfredo Willer — São Paulo.

RESUMO

Após um breve histórico das origens da Comissão de Ferragens para Portas Hospitalares do IPH, o autor relata em breves palavras os resultados obtidos até o momento, pela referida comissão.

CONCLUSÕES: As portas de Hospital devem satifazer os seguintes requisitos:

1) Abrir e fechar silenciosamente;

2) Dispensar o uso das mãos;

3) Parar em qualquer posição intermediária quando assim fôr desejado;

4) Quando abertas a 90°, apresentar vão completamente livre, com a face da fôlha alinhada com o batente.

3 — HOSPITAIS DE BÔLSO

Arq. Raif Cezar Habib — Distrito Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar o nosso projeto, tivemos a preocupação de calcá-lo, tanto quanto possível, nos materiais existentes na região, que comporta as cidades mineiras de Itaguara, Moeda e Brumadinho. Em razão disso e visando tanto quanto possível o barateamento da construção, com o emprêgo dos materiais próprios de cada região entendemos nós, não ser possível, nem aconselhável, uma rigidez absoluta nas especificações de materiais, o que de resto, se fôsse exigido importaria em gastos enormes com o transporte dos materiais especificados, e não existentes na região, o que viria onerar sobremodo, o custo da obra.

4 — HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO — PLANEJAMENTO DE SUAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

Dr. Oswaldo Bruno — São Paulo.

Não apresentou resumo.

5 — ILUMINAÇÃO ELÉTRICA EM HOSPITAIS

Eng. Alfredo Willer — São Paulo.

RESUMO

O autor analisa inicialmente os fatôres que devem ser levados em conta ao se projetar a iluminação elétrica de um hospital; nível de iluminação, iluminação geral e de trabalho, ofuscamento e reflexo. Aponta as vantagens e desvantagens tanto da luz fluorescente como da incandescente, a fim de facilitar a escôlha do tipo de luz apropriada para cada ambiente. Ressalta as possibilidades resultantes da combinação dos dois tipos de luz. Em seguida, é apresentada uma análise detalhada das particularidades que diversas áreas do Hospital oferecem quanto à sua iluminação. São as seguintes as unidades, analisadas: Administração, hall de entrada, corredores, quartos de pacientes e enfermarias, pôsto de enfermeiras, salas de serviços, copas, cozinha, laboratório, farmácia, central de esterelização, centro de terapia intensiva e sala de recuperação, salas de operação e parto. Na administração e no hall de entrada, é ressaltada a importância psicológica da iluminação adequada e dados alguns exemplos de soluções apropriadas. No capítulo dedicado aos corredores, são analisados os diversos sistemas de iluminação em uso, que bàsicamente são dois: o de iluminação direta e o de iluminação indireta. O primeiro é indicado principalmente para corredores das unidades de enfermagem e de serviços; o segundo, para os corredores cirúrgico e obstétrico. Em seguida, são indicadas várias soluções para corredores muito compridos assim como modos de evitar o desconfôrto causado aos pacientes pelos aparelhos de luz direta nos corredores. Finalmente, o autor traça diretrizes para a instalação de luz noturna no corredor. Para os quartos de pacientes, o autor preconiza o emprêgo de arandelas duplas, colocadas na parêde acima das camas, ou de sancas de luz indireta. É importante para o bem estar do paciente que êle possa controlar tôdas as luzes do quarto e não só a de leitura. Todos os quartos devem possuir luz de rodapé.

A iluminação do pôsto de enfermeiras é estudada do ponto de vista do confôrto visual tanto da enfermeira como dos pacientes em quartos contíguos. Nas diversas áreas de serviço, é ressaltada a importância da localização certa dos aparelhos de iluminação em relação às mesas de trabalho, a fim de evitar os inconvenientes das sombras e dos reflexos.

A iluminação adequada do Centro de terapia intensiva e da Sala de recuperação oferece problemas inteiramente novos: a análise dos tipos mais recentes de iluminação para salas de operações, tanto de trabalho como geral.

CONCLUSÕES:

1) Tanto as lâmpadas incandescentes como as fluorescentes podem ser utilizadas indistintamente na iluminação de hospitais, exceção feita à iluminação do campo operatório cuja luz deve ser incandescente.

2) Os aparelhos embutidos no fôrro são os mais indicados para a maioria dos corredores.

3) É condenado o uso de pontos de luz no teto, para iluminar quartos e enfermarias.

4) Nas salas de serviço, os aparelhos de iluminação devem ser colocados acima dos balcões e das mesas de trabalho.

5) A iluminação do Centro de terapia intensiva e da Sala de recuperação deve ser tal que permita às enfermeiras perfeita visibilidade dos pacientes sem no entanto, causar incômodo a êstes últimos.

6) As lâmpadas cirúrgicas devem satisfazer os seguintes requisitos:

a) fornecer luz multidirecional, convergente.

b) provêr um nível de iluminamento de 18.000 lux, no mínimo.

c) serem providas de filtro contra a propagação do calor.

d) permitir alto grau de mobilidade.

6 — LAVANDERIA HOSPITAL

Dr. José Gabriel Borba — São Paulo.

Não apresentou resumo.

7 — MODERNOS CONCEITOS DE PLANEJAMENTO HOSPITALAR

RESUMO

Arq. Jarbas Karman — São Paulo

O autor apresenta os dez principais aspectos que levam ao mo-

derno planejamento das unidades de enfermagem dos hospitais: 1) Compactação; 2) Densidade linear; 3) Rendimento de circulação; 4) Descentralização; 5) Enfermagem em equipe; 6) Relação funcional de nível; 7) Desenvolvimento horizontal; 8) Berçário privativo; 9) Bem estar mental; 10) Iluminação e Ventilação cruzadas.

CONCLUSÕES GERAIS:

1) O moderno planejamento de hospitais visa o barateamento da construção e principalmente da manutenção dos hospitais, ao mesmo tempo que a elevação da sua eficiência e dos seus padrões assistenciais.

2) A racionalização, os estudos de tempos e movimentos, as modernas conquistas técnicas e científicas e principalmente, os atualíssimos progressos realizados dentro do campo específico do hospital, devem ser incorporados e estar presente em seus menores detalhes.

8 — O CONFÔRTO ACÚSTICO DO HOSPITAL

Eng. Roberto Paulo Richter — São Paulo.

Não apresentou resumo.

9 — PLANEJAMENTO DE UM HOSPITAL PARA UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DE S. PAULO

Dr. Cid Guimarães e Paulo Rodrigues Rosa — São Paulo.

Não apresentaram resumo.

10 — PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS — ESQUEMA DA MANUTENÇÃO.

A EXPERIÊNCIA DO IAPI E NO HOSPITAL DA SULAMÉRICA.

Eng. José Annibal Silva — Rio de Janeiro.

1) Considerações gerais:

Equipes de profissionais.

Elementos de planejamento e ante-projeto.

Projetos — organização funcional implantação.

Coordenação geral do investimento Hospitalar.

2) Caderno de especificações técnicas e manual de administração.

3) Esquema da manutenção:

Finalidades — Estrutura — Objetivos

Previsão de meios — Funcionamento.

Localização e espaço.

Pessoal e material.

Rotinas.

4) Conclusões.

5) Bibliografia.

11 — PRINCÍPIOS DE ARQUITETURA NA CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS

Arq. Jorge Celligoi — São Paulo.

CONCLUSÕES:

1) Mais que em nova técnica, devemos confiar em uma nova educação que permita, tanto ao observador como ao arquiteto pensar no processo intuitivo do espaço em lugar do da construção.

2) Em tôda obra o espaço interno (arquitetura) deverá estar relacionado com o espaço externo (urbanismo).

3) Para que haja correlação entre o local e as funções humanas, é necessário além do espaço fisiológico (valôres práticos), algo mais que atenda à condição do homem como um ser estético ou psicológico (valôres ideais).

4) Em tôda obra, é necessário que haja continuidade espacial ou seja, a ligação do interior com o exterior.

5) Nas obras arquitetônicas, deverá existir liberdade de expressão artística do arquiteto pois aí reside a atividade criadora da arte.

6) Tôda obra deverá estar na escala humana, tanto física como históricamente.

12 — TAMANHOS MÍNIMOS E MÁXIMOS DE HOSPITAIS

Dr. Martinus Pawel — São Paulo.

CONCLUSÕES:

1) Um Hospital pequeno deveria ter pelo menos duas enfermarias de 30 leitos.

2) Hospitais grandes deverão ter seu tamanho limitado (pelas razões administrativas e econômicas enumeradas), exceto nos casos muito especiais em que estas razões não tenham importância.

3) Enquanto não dispomos de pesquisas satisfatórias, será prudente aceitar os limites indicados no estrangeiro, de 500 a 800 leitos.

GRUPO "I" — ITEM "III"

INTERCÂMBIO HOSPITALAR INTERNACIONAL

a) Colaboração e cooperação internacional no desenvolvimento hospitalar no Brasil e,

b) Colaboração e cooperação brasileira para o desenvolvimento hospitalar em outras nações.

1 — PROVÍNCIA DO CHACO — REPÚBLICA ARGENTINA — PROJETO DE COOPERACION INTERNACIONAL

Dr. Faustino Carlos Doglio — Província do Chaco — Argentina.

Não apresentou resumo.

TÓPICO "B"

Hospitais e as Forças Armadas

ITEM "I"

SITUAÇÃO DO HOSPITAL EM FACE DAS CALAMIDADES E SINISTROS

TRABALHOS APRESENTADOS

1 — COORDENAÇÃO DO HOSPITAL COM O SISTEMA DE SALVAMENTO DA FÔRÇA AÉREA BRASILEIRA

RESUMO

No presente trabalho foram estudadas as responsabilidades do Brasil, face ao acôrdo internacional de Busca e Salvamento, as missões em conseqüência atribuídas às Unidades Busca e Salvamento da FAB e a coordenação que deve existir entre Unidades e os Hospitais, a fim de que ambos se apóiem mùtuamente em busca do objetivo comum. Salvamento da Vida Humana.

CONCLUSÕES:

É indiscutível a importância que desempenharão no Brasil as Unidades de Busca e Salvamento da Fôrça Aérea Brasileira, assim como da que já desempenha o Correio Aéreo Nacional, face à vastidão do território nacional, à precariedade das vias férreas e

rodoviárias e a localização dos recursos técnicos médico-hospitalares nas grandes cidades do litoral.

Para que se obtenha o máximo de eficiência nas missões é necessária uma estreita coordenação entre as Unidades de Busca e Salvamento e os Hospitais pois o objetivo primordial dessas Unidades Aéreas assim como dos hospitais é o salvamento de Vidas Humanas. Podemos dizer que essas Unidades são por missão primordial (S V H) essencialmente médicas.

2 — DA COORDENAÇÃO ENTRE O HOSPITAL MILITAR E A COMUNIDADE EM CASO DE SINISTRO OU CATÁSTROFE

Dr. César Luiz Bezerra Cavalcanti — Distrito Federal.

CONCLUSÃO: Do que ficou dito concluimos:

1) Deve ser criado entre nós um órgão que planeje, coordene e execute as funções de socorro urgente de massas.

2) Que essa organização deve ser de âmbito nacional com seções nas cidades de maior população, pelo menos.

3) Que em sua missão de planejamento seja incluido um Plano de Emergência para eventualidade de bombardeio, convencional ou atômico.

4) Que em quanto não fôr criado êsse órgão nas cidades de maior densidade demográfica deverão ser constituídas comissões compostas de representantes federais, estaduais e municipais civís e militares incumbidas de estudar, planejar e dirigir os trabalhos de socorro em caso de saturação dos transportes de feridos e dos hospitais normalmente incumbidos dessa função.

5) Que todos os hospitais governamentais devem ter em sua organização um plano de emergência e utilizarem êsse plano em coordenação com o planejamento geral da comissão acima citada.

6) Que as Fôrças Armadas, de acôrdo com o Plano de Operações estudado deverão assumir a incumbência de levantamento, triagem e hospitalização dos acidentados, quando para isso solicitados.

RESUMO

O autor depois de citar exemplo de desastres de conseqüências mais graves devido a falta de preparação das comunidades para atender ao serviço de socorro em massa, refere estudos feitos em diversos países a respeito de organizações para enfrentar o problema e termina referindo sôbre a necessidade de serem organizados Comissões, Órgãos e Planos no Brasil com essa finalidade.

3 — SITUAÇÃO DO HOSPITAL EM FACE DE CALAMIDADE E SINISTROS

Dr. Angelo Ubirajara da Rocha — Distrito Federal.

CONCLUSÕES:

1) O funcionamento do hospital na emergência de sinistros interno, externo ou de calamidade não se limita ao simples aumento da intensidade de trabalho dos seus departamentos e serviços.

2) Estabelece-se, nestes casos, verdadeira transformação no esquema de sua organização, isto é, na relação funcional da atividade dos vários setôres, com a intensificação de trabalho em alguns e diminuição ou desaparecimento em outros e o que é mais digno de evidência, a modificação de correlação e subordinação habituais ou normais dos departamentos e serviços para maior e mais rápida eficiência.

3) Para rapidez da ação, com o objetivo de se salvar maior número de vidas, além de inflexível e rigorosa triagem na entrada dos acidentados o que determina a prioridade de tratamento, há necessidade do estabelecimento de doutrina médica que consubstancia normas gerais na aplicação de técnicas médico-cirúrgicas. Isto facilita também a previsão dos meios ou recursos e sua sistematização para estas emergências.

4) O govêrno e outros órgãos e entdidades da comunidade devem concorrer sempre com o hospital no que diz respeito ao socorro dos acidentados, em caso de calamidade ou sinistro. Compete-lhe permitir a colaboração com o Hospital em têrmos de previsão, para o proverem dos necessários auxílios de abastecimento, transporte, comunicação, polícia e tráfego face à afluência dos feridos ao estabelecimento.

5) Do mesmo modo, os Planos de Sangue porventura existentes, fornecem a previsão e os recursos dêste indispensável elemento de tratamento.

6) Os edifícios públicos constituem áreas subsidiárias para a ampliação das do hospital na realização dos intensos serviços de socorro em massa e de internação.

7) Nos sinistros e calamidades cabe frequentemente aos leigos prestarem os primeiros socorros por espírito de solidariedade humana, a rápida entrada em ação dos elementos categorizados do hospital ou o preparo prévio de socorristas voluntários, prevêm as conseqüências desastrosas do primeiro socorro prestado de maneira inhabil.

8) Estas características da situação do hospital em face da calamidade ou sinistro merecem estudo cuidadoso e planejamento da ação no estabelecimento.

ITEM "II"

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NAS FÔRÇAS ARMADAS

TRABALHOS APRESENTADOS

1 — ASSISTÊNCIA HOSPITALAR À FAMÍLIA DO MILITAR

Dr. Hernani V. A. Silva — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

2 — ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO DOENTE MENTAL

Dr. Wanderley Santiago — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

3 — DA NECESSIDADE DA INSTALAÇÃO DE CLÍNICAS DE TERAPÊUTICA OCUPACIONAL NOS HOSPITAIS MILITARES

Elza Cansanção Medeiros — Distrito Federal.

CONCLUSÕES:

Com esta exposição sumária de como é e em setôres pode agir a Terapêutica Ocupacional, chegamos às seguintes conclusões:

1) que os benefícios advindos de emprêgo sistemático desta clínica, que nos vem como uma especialização nova nos quadros dos serviços de saúde das Fôrças Armadas, são de tal monta que a instalação destas clínicas embora modestas a princípio são imprescindíveis nos hospitais;

2) que tratamento ocupacional feito após a saída do paciente dos hospitais, não trará os mesmos, resultados de quanto o tratamento ocupacional inicia-se durante o período de internamento;

3) que o tempo de recuperação do paciente é sensìvelmente encurtado o que redundará em vantagens não só para o paciente como para o hospital;

4) quando utilizado a posteriore, encontrará uma barreira mental tremendamente resistente e de difícil solução ao passo que iniciado no hospital, a barreira não chega a formar-se, ficando assim eliminado êste problema;

5) que em face à sociedade é de uma valia inestimável pois evita o aumento da legião de marginais que populam a sociedade;

6) que a formação de técnicos especializados nesta nova ciência não se tornará tão difícil como possa parecer a princípio, pois já se estão formando escolas civís desta especialidade, embora que se dediquem mais aos casos de poliomielite, mas que vem possibilitar a formação de especialistas;

7) que com os Ex-Combatentes, temos um exemplo frisante da necessidade urgente do emprêgo da Terapêutica Ocupacional dentro das Fôrças Armadas. É bastante grande o número de veteranos que tendo sofrido uma diminuição de capacidade física não se reajustaram aos trabalhos que executavam anteriormente e que por falta de um trabalho de orientação antes de sua alta do hospital, tornaram-se marginais, ébrios contumases e esmolares;

8) a Pátria que chama êstes homens ao seu serviço, tem uma parcela de responsabilidade no futuro dos mesmos, caso lhes advenha um acidente. Provendo-o de uma profissão em acôrdo com as suas possibilidades físicas, estará ajudando-o talvez mais do que com própria reforma com soldo fixo. A reforma lhe dará um pequeno auxílio para a sobrevivência física, porém não lhe recuperará a mente afetada pelo trauma;

9) os próprios pacientes recuperados poderão ser utilizados nos hospitais como instrutores auxiliares o que lhes trará além de subsistência, uma satisfação íntima de se sentirem úteis.

4 — ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS AUXILIARES DO EXÉRCITO AMERICANO

Elza Cansanção Medeiros — Distrito Federal.

CONCLUSÕES:

Dos dois sistemas observados o centralizado é o que se nos apresenta melhor para os tipos de organizações hospitalares brasileiras. Apenas um pequeno inconveniente advém de imediato para a instalação dêste sistema, o custo de montagem, embora esta despesa venha a ser totalmente coberta pela economia resultante do sistema centralizado.

Sugestões:

a) A adoção do sistema centralizado para os novos hospitais sôbre o contrôle de dietista classificado, já que não possuimos os "Técnicos e Administração Hospitalar".

b) A adoção de mecanização das cozinhas com o "Meal Pack Sistem", não só com medida de economia e eficiência, como também como higiene.

c) A aquisição dos gêneros diretamente dos produtores.

d) Padronização dos cardápios por regiões de acôrdo com hábitos alimentares.

e) Padronização nacional dos "Tipos de dietas" (por seus valôres calóricos e energéticos).

f) Criação dos quadros de enfermeiras especialistas dos Serviços de Saúde do Exército.

g) Criação das escolas e especialistas dentro dos próprios hospitais.

5 — ORGANIZACION DEL CUERPO AUXILIAR FEMININO DE LAS FEAA. DE LA NACION

Cecilia Rojas de Britez — Assuncion — Paraguay

Não apresentou resumo.

"TÓPICO C"

Temas Livres

1 — A ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA DA OBSTETRICIA

Madeleine Taaffe Sebastiany — São Paulo.

RESUMO

A evolução rápida das ciências nos últimos tempos exige uma atualização de conhecimentos constante.

Esta obrigação abrange também as obstetrizes que, no entanto, têm poucas oportunidades devido ao tipo absorvente de trabalho a que se dedicam e à falta de revistas apropriadas e de outros meios de atualização.

É citada a orientação seguida por outros países, no sentido de promover a atualização através principalmente de cursos pós-graduados obrigatórios ou não.

É sugerida a introdução dos cursos de atualização com certa obrigatoriedade entre nós, assim como a publicação de revistas de cunho científico para as obstetrizes e a realização periódica de congressos e jornadas visando um maior intercâmbio cultural.

2 — A FUNÇÃO DE CONTRÔLE NO HOSPITAL

José Sady Neto — São Paulo.

Não apresentou resumo.

3 — A PESQUISA ECONÔMICO-SOCIAL NO HOSPITAL E A PREVIDÊNCIA SOCIAL

Célia Figueiredo Guazzelli — São Paulo.

Não apresentou resumo.

4 — A RÊDE SANATORIAL DO IAPB

Dr. Luiz de Castro Souza — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

5 — A SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS BRASILEIROS EM FACE DA LEI 2.604 DE 1955

Maria Rosa S. Pinheiro — Distrito Federal.

SUMÁRIO

A lei 2.604/55 que "regula o exercício da enfermagem profissional", criou um problema angustiante para os hospitais pois de um lado revogou o decreto-lei 8.778/46 que regulava os exames de habilitação do PRÁTICO DE ENFERMAGEM e permitia o registro dêstes profissionais no Departamento Nacional de Saúde ou nos Departamentos Estaduais de Saúde, de outro lado proibiu a prática de enfermagem a pessoal não registrado, ou seja aos ATENDENTES.

Dois projetos de lei, um do Executivo, outro da Câmara dos Deputados, procuram solucionar tal situação por meio de uma "revigoração" do decreto-lei 8.778/46, por um determinado prazo. Essa solução nos parece inadequada por que:

1) no fim do prazo de prorrogação dos exames de habilitação a situação não será muito diferente da atual. Vigorou 10 anos o decreto-lei que permitia aos práticos de enfermagem regularizarem a sua situação mediante exame de habilitação e vigorou 25 anos um decreto que dava o mesmo direito aos enfermeiros práticos, sem a exigência daquêle exame. No entanto o Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem estima a existência de aproximadamente 4.500 enfermeiros práticos e práticos de enfermagem nos hospitais brasileiros, enquanto que o número de atendentes é de aproximadamente 25.300. Portanto o Brasil não pode e tão cêdo não poderá dispensar o concurso do atendente; países mais adiantados e mais ricos que o nosso não conseguiram fazê-lo até hoje.

2) a lei 2.604/55 concedeu aos membros de uma classe que se extinguiria em futuro relativamente próximo, isto é, aos PRÁTICOS DE ENFERMAGEM, os mesmos direitos dos AUXILIARES DE

ENFERMAGEM, que obtêm certificado em escola de auxiliar de enfermagem oficial ou reconhecida pelo Ministério de Educação e Cultura.

Esta medida, de justa que é, nas condições atuais, tornar-se-á injusta e prejudicial no caso da volta ao sistema de exames de habilitação pois afastará provavelmente das escolas citadas, já agora com poucos candidatos, muitos jovens, que a elas acorreriam se fôsse êsse o único meio de obter e registrar um título.

3) sendo a freqüência à escola um meio mais recomendável e eficiente de **informação** e de **formação** do profissional, do que um simples exame de habilitação, para efeito de registro, qualquer medida que venha a diminuir aquela freqüência será uma medida prejudicial para o público em geral e para os hospitais em particular, cuja melhoria futura depende, em grande parte, de maior eficiência do serviço de enfermagem.

Será portanto muito mais razoável se, ao invés de uma "revigoração" do decreto-lei 8.778/46, fôr pleiteado um substitutivo aos projetos que visam essa "revigoração" a saber: projeto n.º 2.065/1956 e projeto n.º 3.193/157, nos seguintes têrmos:

"Fica assim redigido o Art. 7 da lei n.º 2.604 de 17 de setembro de 1955: Art. 1.º — Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem deverão inscriver-se ou registrar-se no Departamento Nacional de Saúde ou repartição sanitária correspondente nos Estados e territórios.

6 — ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Ivan Porto — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

7 — AJUSTAMENTO DO PESSOAL HOSPITALAR

Dr. Pedro Jaimovich — Volta Redonda.

Não apresentou resumo.

8 — AMBULATÓRIO EM PEDIATRIA

Dr. Waldemar Podolsky — São Paulo.

RESUMO

Como conclusão, serão examinadas as facilidades e vantagens que o Ambulatório de Pediatria traz à comunidade.

Em relação ao hospital, exerce uma triagem útil, internando apenas os casos indicados e ainda, submetendo os pequenos pacientes aos exames subsidiários em ambulatório, de tal modo que, ao serem internados, já tenham, em um número grande de casos, um diagnóstico firmado. Também os pacientes com alta hospitalar, mas que ainda necessitam atenção médica, ou tratamento prolongado, poderão continuá-lo no ambulatório. Desta maneira, poder-se-á evitar ou encurtar internações hospitalares, com reais vantagens para o hospital e para o paciente.

Para o doente, o ambulatório traz economia, evitando ou diminuindo o período de internação, bem como, permitindo realizar todos os exames necessários (subsidiários ou especializados) num mesmo local. Facilita ainda o tratamento, possibilitando o retôrno do paciente quando fôr necessário, como também, assistência médica de urgência altamente diferenciada, nas emergências ou nos casos de piora de seu estado de saúde.

Quanto ao médico, êste trabalhará em ambiente adequado, assistido por pessoal técnico experimentado, tendo à mão equipamento e serviços auxiliares que permitem diagnóstico precisos e rápidos, bem como facilidades no tratamento e seguimento dos pacientes. Permite também facilidades com referência ao ensino (escolas de medicina, de enfermagem), bem como à Saúde Pública (prevenção e profilaxia das doenças, diagnóstico precoce, educação sanitária).

9 — APLICAÇÃO DO SISTEMA MACBEE AO HOSPITAL

Isabel Alcântara — São Paulo.

Não apresentou resumo.

10 — ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS SERVIDORES DO HOSPITAL

Ana Abigail Mota da Siqueira — São Paulo

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O Serviço de Saude do Funcionário num Hospital é de grande utilidade para o bom funcionamento do nosocômio.

Recomenda-se a existência do Serviço de Saúde do Funcionário, num Hospital, por apresentar as seguintes vantagens:

1) Para o Hospital:

a) diminue o tempo do afastamento do serviço;

b) melhora a produção pela prevenção da estafa;

c) evita o maior número de faltosos, com visita médica-domiciliar, por alegação de doenças imaginárias.

2) Para o Servidor:

a) proporciona maior bem estar físico;

b) melhora a sua produção beneficiando os seus rendimentos;

c) assegura a sua saúde, e evitando a estafa melhora as suas relações no trabalho;

d) o fator psicológico de que há um Serviço de Saúde ao seu dispor.

Recomenda-se que o Serviço de Saúde dos Servidores de um Hospital, além da comprovação de moléstias, para efeito de justificação do abono de faltas, licenças, aposentadorias, etc., se faça também no sentido de prevenir a estafa e surpreender possíveis doenças nos servidores dos diferentes setôres do hospital.

11 — ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães — Distrito Federal.

CONCLUSÕES

1) O problema no campo médico é econômico e atualmente, na previdência social de organização.

2) O país não deve recuar em sua política sanitária, nem deixar falir as suas instituições de previdência.

3) Quando comparamos as estruturas dos diversos institutos, verificamos completa disparidade na conexão e nas funções dos seus diversos órgãos.

4) A Assistência centralizada para as diversas classes trabalhadoras nas pequenas comunidades, ou onde fôr mister. Descentralizada ou parcialmente centralizada nos grandes centros, podendo também ser a assistência prestada em comunidades de serviços, conforme as circunstâncias.

5) A previdência social deve ser um todo harmônico, de peças bem ajustadas, para fins precisamente determinados, quer na supra, quer na infra-estrutura (principalmente a que nos falta), a fim de produzir eficiente trabalho, decorrente da unificação e uniformização da assistência.

RESUMO

Tratamos sumàriamente, nas considerações gerais, da evolução histórica da previdência social.

Foram mencionados inicialmente os problemas de nossas estruturas, relacionados com a assistência médico-hospitalar na previdência social e discutidas algumas diretrizes adotadas no Brasil, o que nos levou às conclusões finais.

12 — ASSISTÊNCIA NEURO-PSIQUIÁTRICA DO IAPB NO RIO DE JANEIRO

Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães — Distrito Federal.

RESUMO

Estudamos a evolução do serviço neuro-psiquiátrico do IAPB, no Rio de Janeiro, desde 1935 até o presente momento. A centralização da neuro-psiquiatria no ambulatório central, em 1948. Convênios com a Clínica Santa Alice, para receber neuróticos e com a Casa de Saúde Dr. Abílio para psicóticos, em janeiro de 1957. Fizemos conferência ao programa do IAPB para construir o próprio hospital psiquiátrico para os bancários. A assistência psiquiátrica atual prestada aos enfermos tuberculosos do Hospital Cardoso Fontes. Chegamos à conclusão de que o IAPB se coloca em lugar de destaque na luta contra as enfermidades mentais.

13 — ATO CIRÚRGICO E INFECÇÕES POST OPERATÓRIAS

Dr. Clóvis W. Francisconi — Rio Grande do Sul.

CONCLUSÕES

1) Os hospitais devem organizar o serviço de esterilização com pessoal treinado e equipamento adequado para a obtenção de uma esterilização completa do material e instrumental utilizados no ato cirúrgico.

2) As rotinas de esterilização devem incluir o uso de indicadores e devem ser supervisionadas por elementos responsáveis e habilitados.

3) A contaminação do ar das salas de operação devem ser combatida por todos os meios que o hospital possa utilizar.

4) A limpeza de mãos e antebraços de todos os que participam no ato cirúrgico deve ser realizada na observância estrita de técnicas aprovadas.

5) Tôdas as pessoas que penetram na sala de operação devem usar gorro e máscara de modelos eficientes e de acôrdo com a técnica.

6) As associações de hospitais e sociedades de cirurgia devem desenvolver atividade educacional mais intensa no sentido de apresentarem sugestões de rotinas a serem seguidas pelos hospitais.

14 — ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DO CENTRO DE PESQUISAS LUIZA GOMES DE LEMOS — ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Lyz Leite M. Carneiro, Neide Lobato Santos e Yolanda Montoud Pino — Distrito Federal.

CONCLUSÕES

1) Os primeiros resultados obtidos, da atuação de um Serviço Social num campo novo como o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, fazem pensar que, com o aumento gradativo das pacientes inscritas, conclusões, de grande interêsse técnico-científico, poderão ser tiradas.

2) Focaliza-se, no presente trabalho, a técnica do assistente social em relação a um eficiente seguimento médico.

3) Procura-se evidenciar a importância do trabalho de equipe em organizações com as características do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos.

4) Observa-se que, os resultados obtidos em relação ao vasto programa de educação sanitária ora em início, já se fazem sentir.

5) Impõe-se, como medida de real valor, entrosamento efetivo com os recursos da comunidade.

15 — BERÇÁRIO NO HOSPITAL GERAL

Dr. Dagoberto Silveira da Conceição — São Paulo.

Não apresentou resumo.

16 — CENTRO DE RECUPERAÇÃO POST-OPERATÓRIO

Clara O. Lang — São Paulo.

Não apresentou resumo.

17 — COEFICIENTES HOSPITALARES OPERATÓRIOS E A ESTATÍSTICA MÉDICA DA MATERNIDADE N. S. NAZARÉ DA CLÍNICA INFANTIL DO IPIRANGA

Ioshiko Asanuma — São Paulo.

Não apresentou resumo.

18 — COMPRA E CONTRÔLE DO MATERIAL HOSPITALAR

Dr. Floramante Garofalo — Distrito Federal.

RESUMO

O autor mostra que em países onde a técnica hospitalar tem o seu máximo desenvolvimento, existe comitês de hospitais que junto com os Departamentos de Comércio, estabeleceram "recomendações das práticas simplificadas" e "padrões comerciais", que permitem a compra de material hospitalar em geral, com eficiência e economia.

No Brasil, existem as Especificações aprovadas pelo DASP, que são exigidas para tôdas as compras de repartições públicas do D. Federal. Cita a Especificação n.º 27, para tecidos em geral. Faz, também, considerações sôbre o Catálogo para os Artigos para curativos, Instrumental, Utensílios e Mobiliário médico-cirúrgico, organizado em 1941, pelo DASP.

Esclarece a origem da Padronização do material médico do IAPC feita pela Diretoria de Assistência Médica, em 1948.

Tece considerações sôbre a necessidade de ser padronizado ou simplificado todo o material necessário ao hospital, a fim de que nas coletas de preços e concorrências, se encontrem especificações completas, claras e precisas, para permitir uma compra eficiente.

CONCLUE pela necessidade do setor de compra ser organizado, com seu catálogo de material ou relação do material padronizado e simplificado e pelo congregamento de fabricantes, distribuidores e responsáveis pelos hospitais, para o estabelecimento de normas, padrões comerciais etc. para permitir a compra de material numa base de melhor aproveitamento técnico e econômico.

19 — CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DE DEONTOLOGIA HOSPITALAR

Dr. Gennyson Amado — Distrito Federal.

RESUMO

O autor considera que os deveres inerentes ao pessoal que serve em entidade "Hospital" merecem ser codificados em têrmos de deontologia hospitalar, de vez que, a par daqueles decorrentes da qualificação profissional pròpriamente dita, há de levar-se em conta as peculiaridades e a natureza do trabalho exercido, junto e em tôrno dos pacientes, criando atribuições especiais àqueles que os servem, em quaisquer dos seus escalões hierárquicos.

Considera ser o padrão técnico e ético do pessoal servidor, uma das bases do bom padrão assistencial do Hospital, como o são por exemplo, o planejamento arquitetônico racional e a sua unidade funcional.

Classifica os deveres do pessoal hospitalar em relação aos pacientes, à entidade a que servem, aos seus dirigentes e aos próprios companheiros de trabalho, classificando, por sua vez, cada uma dessas relações, em subtítulos, comentando a variedade dêsses deveres, os quais discrimina.

Anota a importância de dedicar-se especial atenção à formação e à educação do pessoal hospitalar para que possa atingir, com propriedade e eficiência, a integração da sua função no Hospital.

CONCLUSÕES:

1) Uma das bases ao alto padrão assistencial do Hospital é qualificação técnica e ética dos seus servidores.

2) Os deveres do pessoal hospitalar não se cinge, apenas, à correta aplicação dos conhecimentos profissionais pròpriamente ditos, mas implicam uma gama de atribuições específicas da relação servidor-paciente.

3) A codificação dêsses deveres, em têrmos de deontologia hospitalar, tem cabimento e é indicada.

4) A formação e a educação, nos fundamentos e na incorporação dêsses deveres, do pessoal de qualquer categoria que serve em entidade Hospital, merece especial atenção e deve ser considerada como processo de fixação do bom padrão hospitalar.

20 — CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DO MOVIMENTO DE ALTAS HOSPITALARES

Dr. Gennyson Amado — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

21 — CONSIDERAÇÕES GERAIS SÔBRE LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM

Antonieta Chiarello — São Paulo.

RESUMO

É de suma importância que os administradores hospitalares estejam a par das leis que regulam as diversas profissões, uma vez que os hospitais, devem se apoiar em bases legais para funcionarem.

Conhecendo as leis, o Administrador estará apto a verificar o bom desempenho das diversas tarefas hospitalares, tendo a certeza de que, a cada um está sendo conferida ou atribuida a responsabilidade e a execução dos serviços, de acôrdo com os conhecimentos que tem.

Concluindo, achamos que será uma realidade a enfermagem do futuro pelas diretrizes que legisladores e líderes da profissão se esforçam por traçar, e pelos objetivos que são cada vez mais definidos.

Achamos contudo, que êsse grupo que reune seus esforços, como até agora o tem feito, deve se compenetrar da imensa responsabilidade que lhe pesa nos ombros e deverá procurar satisfazer às necessidades brasileiras não esquecendo de que as leis proporcionarão também satisfação e bem estar aos elementos que trabalham na enfermagem, se forem bem elaboradas.

22 — CONSIDERAÇÕES SÔBRE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Marina de Andrade Resende — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

23 — CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO HORÁRIO DE TRABALHO NOS HOSPITAIS OFICIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dr. Newton de Toledo Ferraz — São Paulo.

Não apresentou resumo.

24 — CORPO MÉDICO

Drs. Aloysio Neiva Filho e Maury Pinto de Oliveira — D. Federal

RESUMO

Os A.A., em salvaguarda da classe Médica e dos doentes propõem que conste da "Lei Orgânica de Assistência Hospitalar" um capítulo organizando o "Corpo Médico dos Hospitais", especificando seus direitos e deveres, pois acreditam que a intervenção do poder público faz-se necessária àquela finalidade.

25 — CRIAÇÃO DE UMA ESCOLA DE ENFERMAGEM — TRANSFORMAÇÃO DA ESCOLA CARLOS CHAGAS EM ESCOLA MISTA

Geraldo Garcia Pereira — Belo Horizonte.

Não apresentou resumo.

26 — CRIAÇÃO DE HOSPITAIS EM TODOS OS MUNICÍPIOS

Dr. Tuffik Mattar — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

27 — DA CRIAÇÃO DE UMA ESCOLA DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA NO H. S. E.

Dr. Geraldo José Rosa e Silva — Distrito Federal.

RESUMO

O autor apresenta uma série de razões para a criação de uma Escola de Arquivo Médico e Estatístico no HSE, tecendo considerações sôbre o valor inestimável que a mesma deverá proporcionar tanto ao pessoal como às próprias instituições hospitalares do país.

28 — DA REFORMA DO ENSINO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES NO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

Drs. Lincoln Freitas Filho e Geraldo J. R. e Silva — Distrito Federal.

RESUMO

Os autores apresentaram, no presente trabalho, uma síntese do que constituiu a reorganização do Curso de Organização e Administração Hospitalares e a criação do Curso de Prática Administrativa Hospitalar, ambos do Departamento Nacional de Saúde, tecendo considerações tanto sôbre a referida organização como sôbre o novo curso, procurando demonstrar o acêrto da medida no sentido de uma valiosa contribuição para o desenvolvimento da política administrativa hospitalar no nosso país.

29 — DEPARTAMENTO DO PESSOAL NO HOSPITAL

Juarez Queiroz Campos — Recife.

CONCLUSÕES

Pelo exposto concluimos:

1) Todo hospital deverá manter um Departamento do pessoal.

2) O Departamento do pessoal deverá ser planejado juntamente com o hospital.

3) O Departamento de pessoal deverá ser organizado de tal maneira a prever pessoal técnico qualificado para a obtenção de uma fôrça humana eficiente adaptada à organização a que serve e à manutenção dessa mesma fôrça em relações harmônicas e proveitosas para o hospital e empregado.

4) O Departamento de pessoal deverá estar localizado em local accessível aos empregados, candidatos a emprêgo, possuindo no mínimo uma sala de espera, um setor de secretaria, um setor de chefia, e uma sala de entrevistas que permita um ambiente de comodidade e segurança aos candidatos a emprêgo.

5) A redação de um manual do empregado, onde estejam bem explicados em linguagem accessível a todos, de seus deveres e direitos em relação à instituição bem como sua distribuição a todos os funcionários, deverá ser feito pelo Departamento do pessoal.

30 — DEVEMOS INTRODUZIR A TÉCNICA OU PERMANECER COMO ESTAMOS?

Dr. Joaquim Rossini — São Paulo.

Não apresentou resumo.

31 — ENFERMAGEM — IDEALISMO CRISTÃO

Geraldo Garcia Pereira — Belo Horizonte.

Não apresentou resumo.

32 — EPIDEMIAS DE DISENTERIA E A RESPONSABILIDADE DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

Dr. Ludovico Evaristo Mungioli — São Paulo.

Não apresentou resumo.

33 — FUNÇÕES DA NUTRICIONISTA NO HOSPITAL

Ruth Lygia Grigorowitsch — São Paulo.

CONCLUSÕES

1) No planejamento do hospital, no referente ao Serviço de Nutrição, deve ser consultada uma Nutricionista;

2) De nada vale o melhor equipamento e instalações, se o planejamento e, sobretudo, orientação posterior não estiverem subordinados à orientação de uma Nutricionista competente;

3) Essa Nutricionista deve ter preparo teórico-prático, com pendores administrativos e boa orientação no campo psicológico;

4) A Nutricionista auxilia o doente, contribuindo através da alimentação sadia para o seu restabelecimento; auxilia o Corpo Clínico no estudo e tratamento dos pacientes; auxilia a Administração, zelando pela economia do setor da alimentação, visando o equilíbrio das finanças.

5) No desempenho do seu trabalho necessita da boa vontade e confiança por parte da administração.

34 — HOSPITAL ESPÍRITA "ANDRÉ LUIZ"

Dr. J. Schembri — Belo Horizonte.

RESUMO

1) Acha-se em construção adiantada, em fase de acabamento, o 1.º pavilhão do HOSPITAL ESPÍRITA "ANDRÉ LUIZ", em Belo Horizonte, para Neuro-psiquiatria. De natureza filantrópica é criado sòmente por meio de auxílios;

2) Fundado em fins de 1940 — por espíritas caridosos que assistiam doentes abandonados — para atender enfermos prêtos ou brancos, ricos ou pobres que professem esta ou aquela religião com o mesmo carinho e idêntico tratamento, considerando que todos são igualmente filhos de Deus;

3) A primeira contribuição foi de **dez cruzeiros** donde a origem humilde da instituição. Com inúmeros auxílios foi possível adquirir em 1952 um terreno de 40.000 m² por trezentos e cinqüenta mil cruzeiros, na Rua Campo Formoso, Vila Salgado Filho; grande parte do terreno se presta à agricultura para abastecimento próprio e para Laborterapia;

4) O projeto a cargo da Secretaria de Saúde e Assistência, de autoria do sr. Galileu Reis, mereceu apreciação dos ilustres arquitetos paulistas Dr. Rino Levi e Jarbas Karman, estando registrado em todos os departamentos médicos estadual, municipal e federal. O orçamento se eleva a doze milhões de cruzeiros;

5) Área do edifício: 2.900 m² com capacidade para 100 leitos (para ambos os sexos), respeitando-se a relação entre um doente e a área que ocupa na enfermaria que é de 5 m²;

6) Métodos de tratamento: todos aquêles de eficiência comprovada ou adotados pela Medicina, Laborterapia, eletrochoque, psicoterapia, cromoterapia, cirurgia, além dos medicamentos úteis inclusive da Homeopatia;

7) Assistência médica de natureza aberta; o doente terá o médico de livre escolha enquanto que as portas do H.E.A.L. se abrirão para os que desejarem se dedicar aos estudos da Psiquiatria;

8) A Assistência religiosa, individual, será livre evitando-se questões tendenciosas. A evangelização, a orientação moral e social ajudarão a Medicina reequilibrar o doente mental;

9) O H.E.A.L. dará futuramente assistência com maternidade, clínicas diversas, pediatria e curso de enfermagem;

10) No ambulatório de clínica médica geral, adaptado provisòriamente, atenderam-se em 3 anos mais de 6.000 doentes pobres com distribuição de medicamentos. Será em breve instalado o gabinete dentário;

11) A entidade é regida por 21 Conselheiros e 7 Diretores;

12) O projeto, visando a assistência psiquiátrica, foi feito objetivando completa independência dos trabalhos médicos e administrativos, previstas as correlações necessárias.

35 — HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE

Irmã Maria São Luiz Gonzaga — Belo Horizonte.

RESUMO E CONCLUSÕES

A autora inicia seu trabalho comentando as necessidades de Belo Horizonte, no setor hospitalar. Em seguida, expõe a programação do Hospital projetado pela Congregação das Irmãs Auxiliares de Nossa Senhora da Piedade. Termina focalizando alguns pontos a serem observados na administração do futuro hospital.

Conclui pela consideração de que Belo Horizonte possui 2.873 leitos e necessita de mais um mínimo de 2.360 leitos e de que o Hospital Nossa Senhora da Piedade, vai preencher as necessidades de um bairro populoso e até hoje desprovido de assistência hospitalar.

36 — HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS A DOMICÍLIO

Madre M. Germaine Emanuel — São Paulo.

CONCLUSÃO

Há entre a família e o indivíduo tal entrelaçamento que não é possível cuidar de um sem atender ao outro. Se a doença afeta o indivíduo, a família é envolvida em problemas oriundos da moléstia, do mesmo modo que situações familiares podem concorrer para que a doença se estabeleça.

Não podem, portanto, o médico nem a enfermeira, encarar o indivíduo isoladamente. Suas atividades devem ser dirigidas tendo sempre em mente que a família é una e indivisível. Ora, em nenhum outro ramo tem a enfermeira tanta oportunidade de penetrar na intimidade do lar e de ajudar a família em seu ajustamento e equilíbrio. A ação empreendida é grave, a vida difícil, a miséria dos outros pesada, família numerosa são seus doentes!... Portanto, ela deve irradiar a alegria no lar entristecido, ser o "raio de sol" que aquece, conforta, vivifica e alegra o coração do doente e de sua família. A enfermeira domiciliar deve guardar uma juventude de alma, que retêm o entusiasmo e o ressalto necessários no meio das tristezas do mundo exterior. Ela deve possuir uma provisão de alegria interior que lhe permita suscitar, despertar nos outros os princípios de energia que serão a condição de seu levantamento. "O único meio verdadeiro de ser útil a alguém, escreveu Teodoro Roosevelt, é inspirar-lhe confiança em seus próprios meios"... podemos acrescentar: "é inspirar-lhe confiança em Deus"... pois, a enfermeira é mensageira de Esperança. E sua presença, verdadeira testemunha da caridade de Cristo, no núcleo desta célula viva que é a família, torna-se um princípio regenerador de alto valor. Por isso, o Nosso Padre Fundador, o Padre Estêvão Pernet, quis que suas filhas sejam enfermeiras domiciliares, trabalhadoras familiares, a fim de realizar, na ocasião da doença, a regeneração cristã da família operária.

VOTOS

Parece-nos a desejar:

1) que os hospitais organizem um serviço de cuidados a domicílio, seja com o pessoal do hospital, seja com convênios com as enfermeiras particulares que trabalham nos bairros;

2) que, entre os hospitais e os poucos serviços domiciliares existentes, haja um entrosamento bem organizado;

3) que se aprecie a seu justo preço o valor do Home Care, a fim de que numerosas enfermeiras desejem consagrar nele suas atividades. Por isso, uma campanha de esclarecimento e de propaganda poderia ser espalhada no país?

37 — IMPORTÂNCIA DA UNIDADE DE COMANDO PARA A ADMINISTRAÇÃO

Dr. Ruy Pinto Cunha — Recife.

CONCLUSÕES

1) O princípio de direção: unidade de comando é por demais conhecido, mas, mesmo assim, quase sempre é transgredido.

2) As conseqüências que daí advêm são as mais desastrosas para a administração, repercutindo inclusive na desobediência a grande número dos outros princípios, senão na sua totalidade;

3) Duas ordens de causas podem ser apontadas como responsáveis por essa transgressão;

3.1 — defeito de organização;

3.2 — defeito pessoal da administração.

4) É possível reduzir a um mínimo êsses inconvenientes, obedecendo ao que se segue:

4.1 — definição clara e precisa do campo de ação dos diferentes órgãos do hospital, bem como das atribuições do pessoal;

4.2 — permanência do comando, isto é, a autoridade que comanda deve estar sempre presente ou representada;

4.3 — seguir às linhas hierárquicas.

5) Existem dois sistemas simples de administração: linear (ou militar) e funcional, e, uma série de outros resultantes de combinações entre êsses.

6) J. A. Hamilton, no III Congresso Internacional de Administração Hospitalar, em 1950, aconselhou o sistema área como o que melhor se presta ao campo hospitalar. O sistema área constitui uma mistura dos sistemas linear e funcional.

7) Não existe um tipo ideal. Todos apresentam vantagens e desvantagens e podem ser aplicados aos hospitais, desde que sejam escolhidos com bastante precaução e bom senso.

8) Nota-se em todos os sistemas a preocupação de garantir a obediência aos princípios de administração, entre êles, e principalmente, ao da unidade de comando.

38 — INSTITUIÇÕES E LEITOS HOSPITALARES DO BRASIL E SUBSÍDIO AO ESTUDO DA SITUAÇÃO, NO INTERIOR DO PAÍS.

Dr. Oberdam Revel Perrone — Distrito Federal.

Não apresentou resumo.

39 — NECESSIDADES DE PESSOAL ESPECIALIZADO EM HOSPITAIS

Fortunato Clemente da Silva e Hercílio de Souza Aguiar — D. Federal.

Não apresentou resumo.

40 — NECESSIDADE DE UMA CONTABILIDADE HOSPITALAR — APURAÇÃO DE CUSTOS

Drs. Geraldo Silva Ferreira, Jorge José C. Tavares, Sr. Henrique M. Cunha — S. Paulo.

Não apresentaram resumo.

41 — O ADMINISTRADOR E SEU ENTROSAMENTO COM OS DIVERSOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Dr. Jorge José Coelho Tavares — São Paulo.

Não apresentou resumo.

42 — O ACOMPANHANTE NO HOSPITAL GERAL

Irmã Salvia Maria — São Paulo.

Não apresentou resumo.

43 — O EFETIVO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR E SUA AFERIÇÃO

Dr. Jamil Rachid — Distrito Federal.

RESUMO

1) Salienta o autor do presente trabalho a necessidade de aferir por meio de **índices numéricos** simples e fáceis de calcular a quantidade e a qualidade do efetivo de um serviço de enfermagem.

2) Propõe para **índice qualitativo** a razão percentual entre o número de elementos diplomados e o número total de servidores que trabalharam efetivamente no setor de enfermagem durante um período de tempo adequado.

3) Para **índice quantitativo** que representa por H. sugere que se use a seguinte fórmula: multiplicar a lotação efetiva do serviço de enfermagem durante certo período de tempo (a semana por exemplo) pelo número de horas semanais de trabalho e dividir o resultado pelo produto do número de leitos do serviço por sete.

4) Êste índice H viria exprimir aproximadamente o número de horas que, por dia seriam dedicadas pela enfermagem a cada leito hospitalar.

5) Preconiza ainda que êste índice H seja designado **parcial** quando relativo a cada clínica ou enfermaria e global quando se considera a média dos índices parciais de tôdas as clínicas do hospital referidas a determinado período de tempo, semanal ou anual.

6) Por fim, reconhece a necessidade de complementar o trabalho com um estudo estatístico aplicado aos nosocômios do nosso meio com o objetivo de estabelecer os nossos próprios padrões e tabelas.

44 — O HOSPITAL E O PROBLEMA DA DESIDRATAÇÃO INFANTIL

Drs. Joaquim Rossini, Mazzagochi Goto e Sonia Matos Diogo — São Paulo.

CONCLUSÕES

1) As moléstias gastro-intestinais constituem cêrca de 50% das causas da mortalidade infantil.

2) Os serviços de Reidratação devem estar localizados em hospitais gerais.

3) Os Centros de Saúde e Postos de Puericultura constituem a linha de frente no combate à desidratação infantil.

4) A campanha elucidativa da população deve ser sistemática e contínua.

5) A educação sanitária do povo é a pedra angular do bem estar da criança.

45 — O PAPEL DO ADMINISTRADOR NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Juarez de Queiroz Campos — Recife.

Não apresentou resumo.

46 — O PROBLEMA DA ANATOMIA PATOLÓGICA, RADIOLOGIA E LABORATÓRIO NAS PEQUENAS COMUNIDADES

Dr. Horácio Martins Ribeiro — São Paulo.

CONCLUSÕES

1) Interessar os médicos da comunidade, para que ao lado da sua especialidade, melhorem os seus conhecimentos sôbre Laboratório Clínico e RX, a fim de poderem supervisionar um dêles.

2) Selecionar elementos da própria comunidade, para com bôlsas e ordenados compensadores recebam nos Hospitais de Zona ou de Ensino, o devido preparo e treinamento.

3) Interessar as Congregações Religiosas hospitaleiras, para a formação de técnicos de Laboratório, RX e Anatomia Patológica.

4) Elucidar as mesas administrativas para a aquisição de material estritamente necessário.

5) Estabelecer com a Saúde Pública entrosamento para suplementação das falhas recíprocas e o funcionamento de ambos em sistema de coordenação e cooperação.

6) Motivar entre os acadêmicos o gôsto por essas especialidades.

47 — O SEGUIMENTO MÉDICO

Ioshito Asanuma — São Paulo.

CONCLUSÕES

1) O Serviço de Seguimento Médico é de fundamental importância para a pesquisa e investigação, em medicina, principalmente em doenças como o câncer, doença do coração, rins, tuberculose, arteriosclerose, diabetes e artrite crônica.

2) O corpo clínico deve ser o maior interessado no serviço de seguimento, sem o que jamais teremos desenvolvimento de tal serviço, de fundamental importância para o doente, à pesquisa, ao ensino, à saúde pública.

3) A Administração deve pôr à disposição do Serviço de Seguimento:

a) Serviço Social Médico, que realmente colabore no sentido de aproximar o doente do hospital e do seu médico, despertando nele, a necessidade do contrôle periódico da sua doença, bem como anotando todos os endereços necessários por ocasião da sua convocação.

b) Serviço de Arquivo Médico e Estatística, centralizado e unitário.

c) Entrosamento perfeito do Hospital com as entidades governamentais no sentido de oferecer facilidades para a locomoção dos pacientes que fazem seguimento.

48 — O SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA NUM HOSPITAL DE PEQUENA COMUNIDADE

Dra. Maria Luiza Veloz de Lemos — São Paulo.

Não apresentou resumo.

49 — O SERVIÇO DE COMPRAS DE UM HOSPITAL

Dr. Renato Vicente Romano — São Paulo.

Não apresentou resumo.

50 — O SERVIÇO RELIGIOSO NO HOSPITAL

Pe. Carlos Alberto Pigatto — Camiliano — São Paulo.

Não apresentou resumo.

51 — OS PACIENTES SEMI-CONTRIBUINTES E SUAS MODALIDADES

Dr. Henrique Levy — São Paulo.

Não apresentou resumo.

52 — ORGANIZAÇÃO DE HOSPITAL PRIVADO

Dr. João M. de Lacerda Neto — Distrito Federal.

RESUMO

Num prédio planejado e construido para sua finalidade hospitalar, com capacidade para 150 leitos, estabelecí:

I — Diretor Geral

estabelecer normas e conduta médica, científica, administrativa e econômico-financeira; supervisionar sua execução; sancionar o Orçamento e outras deliberações do Conselho.

II — Conselho

organizar o Orçamento da Receita e Despesa; fiscalizar a aplicação orçamentária; outras deliberações.

III — Executivos:

a) **Diretor Médico:** executar a conduta médica compreendendo — Corpo clínico; Auxiliares Acadêmicos; Atendimento dos pacientes, internados ou no Ambulatório; Enfermagem; Serviços Auxiliares;

b) **Diretor Comercial:** administração econômico-financeira; Alimentação; Pessoal; Suprimentos.

Êste sumário esquema da **Organização de Hospital Privado,** fixa atribuições e responsabilidades definidas, assegurando harmonioso trabalho de conjunto em benefício dos Pacientes, Médicos e de Ciência, pelo estímulo ao aperfeiçoamento do Hospital e da comunidade.

Sendo todo hospital privado célula da grande organização nacional, a melhoria qualitativa de cada um se traduzirá na melhoria do todo.

53 — ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PARA QUEIMADOS

Drs. Ary do Carmo Russo e Masagochi Goto — São Paulo.

Não apresentaram resumo.

54 — ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE OBSTETRICIA NUM HOSPITAL DE PEQUENA COMUNIDADE

Elvira A. Borges Furlan — São Paulo.

Não apresentou resumo.

55 — ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, INSTRUMENTO E CURA

Dr. José S. da Rocha Filho — Distrito Federal.

RESUMO

O objetivo dêste trabalho é o de estudar, como o título está a dizer, a organização hospitalar psiquiátrica como elemento de recuperação. Inicialmente, procurou-se definir o hospital psiquiátrico, e expor suas qualidades e defeitos. De modo geral, a "psiquiatria administrativa" não se tem desenvolvido com a mesma ênfase da "psiquatria terapêutica". A tendência do hospital psiquiátrico, como se encontra atualmente organizado, é para considerar o doente como "passivo objeto de tratamento", e não como sêr humano, capaz de desenvolver integração social. Muitos investigadores, psiquiatras e estudiosos das chamadas ciências do homem, fizeram observações em hospitais psiquiátricos, com a finalidade de apontar êrros e promover modificações na maneira de cuidar o doente mental. O pioneiro dessas pesquisas foi, inegàvelmente, Harry Stack Sullivan, movido pelas suas idéias de que a psiquiatria deve ser considerada como o estudo das relações interpessoais. Depois de Sullivan, diversos autores se preocuparam com o problema. Além dos achados de Sullivan, neste trabalho foram citadas as contribuições de Rowland, Anna Freud e Dorothy Burlingham, Bettelheim e Sylvester, Szureck, Caudill, Hyde e Solomon, Thurston, Stanton e Schwartz. O presente trabalho teve como fonte de inspiração e pesquisa de Stanton e Schwartz, levada a têrmo no Chestnut Lodge Sanitarium, e que foi descrita num excelente livro de quatrocentas e noventa e duas páginas, intitulado "The Mental Hospital". Através dessas observações, estudos e pesquisas, comprovou-se o valor do hospital psiquiátrico no curso da doença. Alguns aspectos das perturbações mentais são produtos da organização hospitalar, assim como muitas "curas expontâneas" são por elas determinadas. Diante disso, faz-se necessário uma revisão dos conceitos que orientam o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Para se atingir êste propósito, seria recomendável fazerem-se prèviamente, investigações sócio-psiquiátricas, semelhantes à que foi realizada por Stanton e Schwartz. De qualquer modo, devem compreender os administradores psiquiátricos e os demais membros do **staff,** que o paciente não é uma coisa que se pode manejar à vontade, mas um sêr humano, influenciado pelo ambiente em que se encontra, e capaz também de influenciá-lo.

56 — PESQUISA DO INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Arq. Jarbas Karman — São Paulo.

Não apresentou resumo.

57 — PROBLEMAS DE QUEIMADO NO HOSPITAL GERAL

Drs. Ary do Carmo Russo e Massagochi Goto — São Paulo.

Não apresentaram resumo.

58 — PROGRAMA PARA ORGANIZAR A PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO HOSPITAL

Dr. Maury Pinto de Oliveira — Distrito Federal.

RESUMO

O autor que vem de há muitos anos, como consultor Hospitalar, estudando detidamente a Administração de pessoal, após focalizar em dois Congressos os problemas de pessoal, apresenta em rápido trabalho, a necessidade que tem qualquer Hospital de ter um programa de prevenção de acidentes dentro do Hospital. Além de dar uma noção geral de prevenção de acidentes, conclue dando um programa em que expõe as bases do mesmo.

Traça em linhas gerais o desenvolvimento dêste, com recomendações gerais e especiais das medidas preventivas de Acidentes a serem adotadas.

59 — QUADRO DE PESSOAL PARA UM HOSPITAL PEQUENO

Dr. Otávio Machado — São Paulo.

Não apresentou resumo.

60 — REAJUSTAMENTO DE TÔDA CLASSE

Geraldo Garcia Pereira — Belo Horizonte.

CONCLUSÃO

1) Considerando: a enfermagem é vocação, é renúncia, é virtude, é profissão filantrópica. Deduzimos de tudo isto, que a enfermagem deve girar em tôrno dêste baluarte: ENFERMAGEM É IDEALISMO CRISTÃO.

2) Considerando: a remuneração justa à classe de enfermeiros. Ora, para que a classe se sinta apoiada e incentivada, os diversos problemas que lhe depara, é necessário que se faça um REAJUSTAMENTO DE TÔDA CLASSE.

3) Considerando — a grande falta de enfermeiros em todo território nacional. Para que esta falha seja integralmente sanada é necessário que se faça com urgência a criação de escola para homens ou melhor, que se TRANSFORMEM TÔDAS AS ESCOLAS DE ENFERMAGEM EM ESCOLAS MISTAS. Superando esta necessidade, todos os Hospitais resolverão bem os seus problemas que ora lhe atingem de maneira assustadora.

61 — RELAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO COM O PESSOAL SUBALTERNO DO HOSPITAL

Dr. Cid Guimarães — São Paulo.

CONCLUSÃO

A única forma de ser obtido sucesso na emprêsa hospitalar e serem mantidas relações administrativas entre o administrador e o pessoal subalterno é a obediência aos princípios e processos da ciência da administração.

O sistema para o estabelecimento destas relações devem ser a ordenação e submissão das mesmas às funções administrativas: Previsão, Organização, Comando, Coordenação, Contrôle e Relato.

Êste sistema, quando adotado, garante que a relação entre administração e pessoal subalterno, contribui da maneira mais eficiente para atingir os objetivos do Hospital.

62 — SALÁRIO E DIGNIDADE DA CLASSE

Antônio Guilherme da Silva — Belo Horizonte

Não apresentou resumo.

63 — SERVIÇO DE CONSERVAÇÃO E REPAROS

Silas Braga Reis — São Paulo.

CONCLUSÕES

Nem sempre gastar pouco significa economia. O Hospital moderno, não pode adotar o sistema de aproveitar sua maquinaria até o ponto de acontecer alguma coisa que a impeça de funcionar. Que diríamos de um indivíduo que, possuindo um carro moderno pelo qual houvesse pago uma importância elevada, não o tratasse com carinho, mandando lavar e lubrificar periòdicamente, assim como usando combustível e óleo de primeira qualidade para sua manutenção diária? Porventura dar-lhe-íamos o cognome de econômico? — Claro que não! Poderíamos sim, chamá-lo de imprevidente. Fazendo um paralelo com o hospital, usando essa figura tão rude, muito pior seria a sua situação se descurasse da conservação e reparos do seu material, visto que essa negligência afetaria não só o seu próprio patrimônio, mas principalmente a assistência que deve prestar à sociedade.

Vidas humanas valem mais que luxuosos carros! Valem mais que o ouro do universo... Ao Hospital são confiadas, e, na esperança de receberem o alento necessário, jamais poderão ser desapontadas por um aparêlho que devia funcionar para minorar-lhe o sofrimento, o qual não obedeceu a voz de comando do operador. E, por que não funcionou? Sem mêdo de errar podemos afirmar que, em 90% dos casos, simplesmente por falta de inspeção periódica, em resumo, por falta de conservação e reparos. Mas, imaginemos que o aparêlho cujo funcionamento deixou de atender a solicitação fôsse o gerador de fôrça de emergência, que alimenta o setor cirúrgico do hospital, quando há falta de corrente proveniente da Cia. Fôrça e Luz, acrescido da circunstância de naquele momento estar o cirurgião às voltas com uma hemorragia de grande vaso, o qual precisaria ser pinçado sem mais demora, a fim de não colocar em risco a vida do paciente? E se fôsse ocasionada a morte do paciente por essa falta? A quem caberia a culpa? Ao cirurgião? À Cia. de Fôrça e Luz? À fatalidade? De maneira geral, parece-nos que a responsabilidade recairia, ainda que indiretamente, na Administração do Hospital por não possuir um serviço eficiente de Conservação e Reparos.

Estamos na época da previsão e da técnica. Justifica-se portanto, a existência do S.C.S. o qual pelos relatórios mensais apresentados, permitirá ao Hospital, não só avaliar seus serviços, como a adotar medidas que aumentem a duração do equipamento hospitalar, e proporcionem uma assistência perfeita aos pacientes.

64 — SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA HOSPITALAR

Maria de Lourdes R. Góes — São Paulo.

CONCLUSÕES

1) A educação do paciente e família, é processo lento e contínuo, necessitando da colaboração de grupos de profissionais dos Serviços de Saúde Pública e Serviços Assistenciais ou Hospitalares.

2) A medicina preventiva encontra no Hospital um de seus melhores campos e deve ser iniciada no Ambulatório.

3) Os Hospitais devem possuir, um serviço de Enfermagem de Saúde Pública Hospitalar, com Enfermeira diplomada, responsável por um programa organizado de educação dos pacientes e familiares e que se estenda até a coletividade.

65 — SISTEMAS DE PAGAMENTO DE MÉDICOS DOS SERVIÇOS AUXILIARES

Dr. Rodolfo Del Valle — Provincia do Chaco — Argentina.

Não apresentou resumo.

66 — SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO ESTADO DE S. PAULO

Drs. Oswaldo Valle Cordeiro, Horácio de Lima Gonçalves Pereira, Geraldo Silveira Ferreira e Sr. Francisco Corain — São Paulo.

Não apresentaram resumo.

67 — SOCIALIZAR OU NÃO A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Dr. Décio Silveira Pinto de Moura — São Paulo.

CONCLUSÕES

Êstes são os aspectos que consideramos mais visíveis na socialização da assistência médico-hospitalar, na forma por que esta está sendo feita e, enquanto não procurarmos outra forma de assistência, o nosso homem do campo continuará ao abandono e também, nas cidades, estarão esquecidos os grupos que costumamos chamar de "população inativa", desde que não tenham recursos para recorrerem aos serviços da medicina liberal.

A análise dos frutos colhidos com a assistência hospitalar socializada e a urgência de socorrermos a população desamparada voltam as nossas vistas para as instituições do tipo assistencial, nos moldes das santas casas. O estudo histórico da assistência médico-hospitalar em nosso país nos demonstra que o nosso povo se tem beneficiado tradicionalmente, através dos séculos, com os serviços prestados por estas instituições, atualmente responsáveis por cêrca de cinqüenta por cento do número total de leitos hospitalares no Brasil.

Intencionalmente não quisemos incluir as santas casas entre as chamadas instituições de medicina socializada. O caráter da instituição não permite. As santas casas não foram fundadas por imposição política e nem por qualquer tipo de reivindicação. Seriam incluídas na socialização da medicina e dos serviços médicos-hospitalares sòmente se quisermos dar a esta expressão o significado de barateamento e acessibilidade dos mesmos.

As santas casas são frutos da época em que o socorro aos menos favorecidos era obra de caridade. Mantêm-se à custa de donativos, com os quais os mais abastados esperam minorar os males dos pobres. Não se pode entendê-las como instituições socializadas, por questões de ordem filosófica.

É nesses organismos, do tipo santa casa, que encontramos a solução atual do problema hospitalar brasileiro. Não podemos esperar, por mais fantasiosos que sejam os nossos sonhos, que a socialização da assistência venha a tomar vulto ràpidamente e também ordenadamente.

A nossa política hospitalar deve ser a de incentivo às santas casas, principalmente porque a maioria delas está lutando com dificuldade econômica. Êstes hospitais, se receberem pacientes contribuintes, ou parcialmente contribuintes e auxílio supletivo dos poderes públicos, poderão atender a número maior de pacientes não contribuintes.

Em conclusão às nossas considerações sumárias sôbre o problema da assistência hospitalar atualmente vigente em nosso país, somos de parecer que a iniciativa particular, representada pelas organizações do tipo das santas casas de misericórdia, têm desempenhado os serviços mais úteis e regulares e, por esta razão, constituem a mais desejável forma de atender à população brasileira.

Não devemos, portanto, traçar a linha de nossa política hospitalar, no momento, com vistas à assistência socializada, porque nos afasteríamos das soluções objetivas, que a nossa experiência nos tem dado como argumento contundente.

Obrigados a tomar posição, nesta hora em que a população dos menos favorecidos é grande se ressente da falta de assistência hospitalar, urge que se busque a melhor forma de incentivar todos os municípios a fundarem hospitais gerais nos moldes das organizações conhecidas por "misericórdias" e ainda influir-se junto aos poderes públicos para que auxiliem êsses hospitais por um sistema de contribuição supletiva, como se faz no Estado de São Paulo por intermédio da lei 1982.

68 — TERAPIA OCUPACIONAL EM PSIQUIATRIA

Sálua Haddad — São Paulo.

Não apresentou resumo.

69 — TOXI-INFECÇÕES ALIMENTARES NO HOSPITAL

Dra. Maria José Imbassahy Santos — Distrito Federal.

CONCLUSÕES

1) Muitas toxi-infecções podem ocorrer no hospital com os resultados, os mais deletérios, pois que atingem organismos doentes, debilitados e, por isso mesmo, com a capacidade de resistência diminuída.

2) Diversas são as causas que contribuem para determinar o seu desencadeamento.

3) A sua profilaxia, das mais rigorosas, deve começar mesmo fora do hospital com o contrôle das fontes de abastecimento.

4) No hospital, revela-se como medida de profilaxia das mais eficazes, o contrôle dos manipuladores.

5) Outras medidas de eficiência são ainda o contrôle das condições de estocagem e de refrigeração, adequados processos de preparo e coação dos alimentos e limpeza e higiene de todos os locais de trabalho.

70 — UNIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PREVIDENCIÁRIO

Dr. Luiz Cesar Leal — Rio Grande do Sul.

Não apresentou resumo.

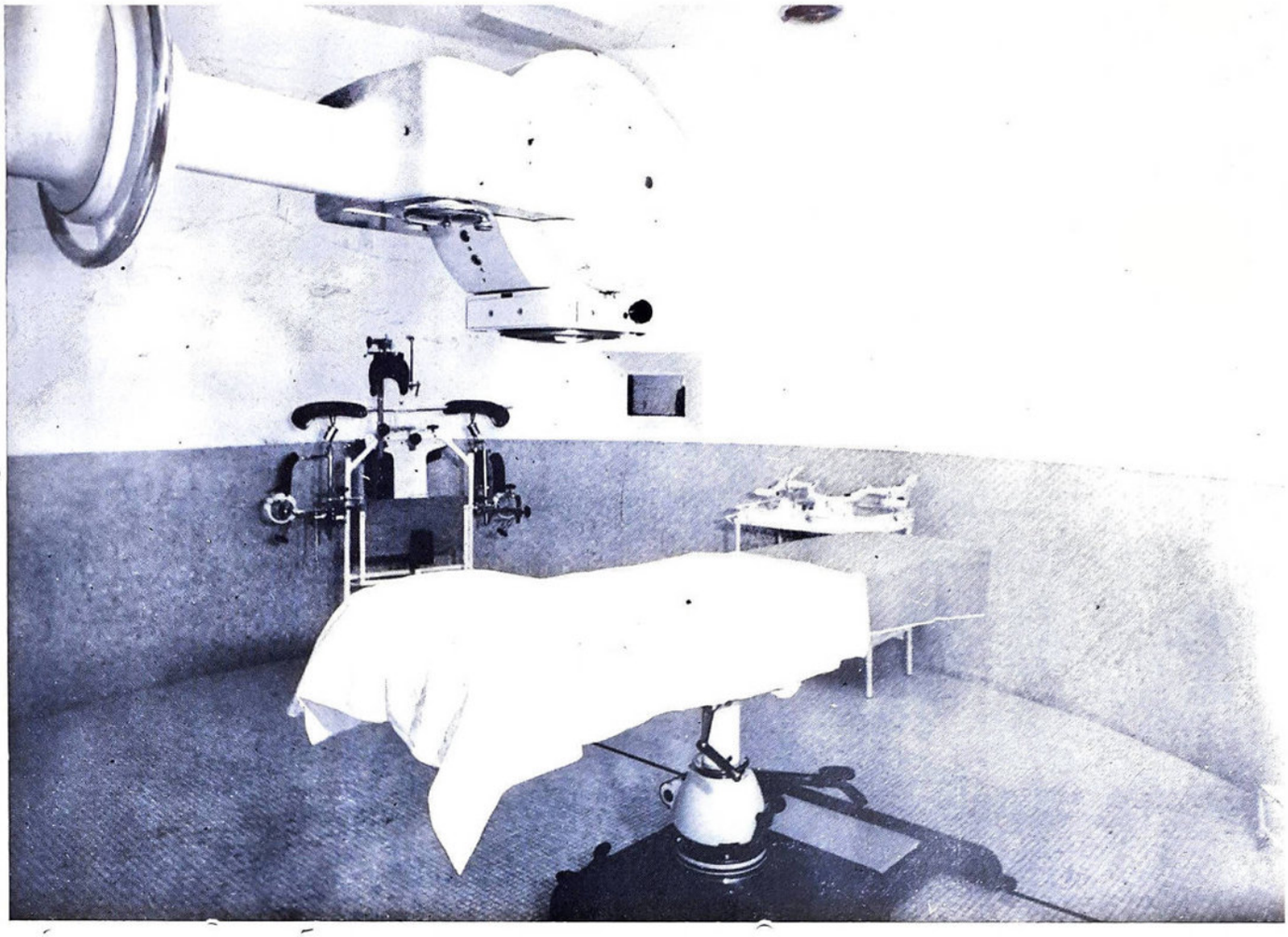
71 — UNIFICAÇÃO DO OBJETIVO: O DOENTE

Dr. Pedro Jaimovich — Volta Redonda.

Não apresentou resumo.

TRABALHOS APRESENTADOS

TÓPICOS	Argentina	Paraguay	Minas	Pernambuco	Rio de Janeiro	Rio Gde. do Sul	São Paulo	Total
Tópico A — Grupo I — Item I	—	—	1	—	—		7	8
Tópico A — Grupo I — Item II	—	—	1	—	2	—	9	12
Tópico A — Grupo I — Item III	1	—	—	—	—	—	—	1
Tópico B — Item I	—	—	—	—	3	—	—	3
Tópico B — Item II	—	1	—	—	4	—	—	5
Tópico C	1	—	6	3	23	2	36	71
TOTAL	2	1	8	3	32	2	52	100



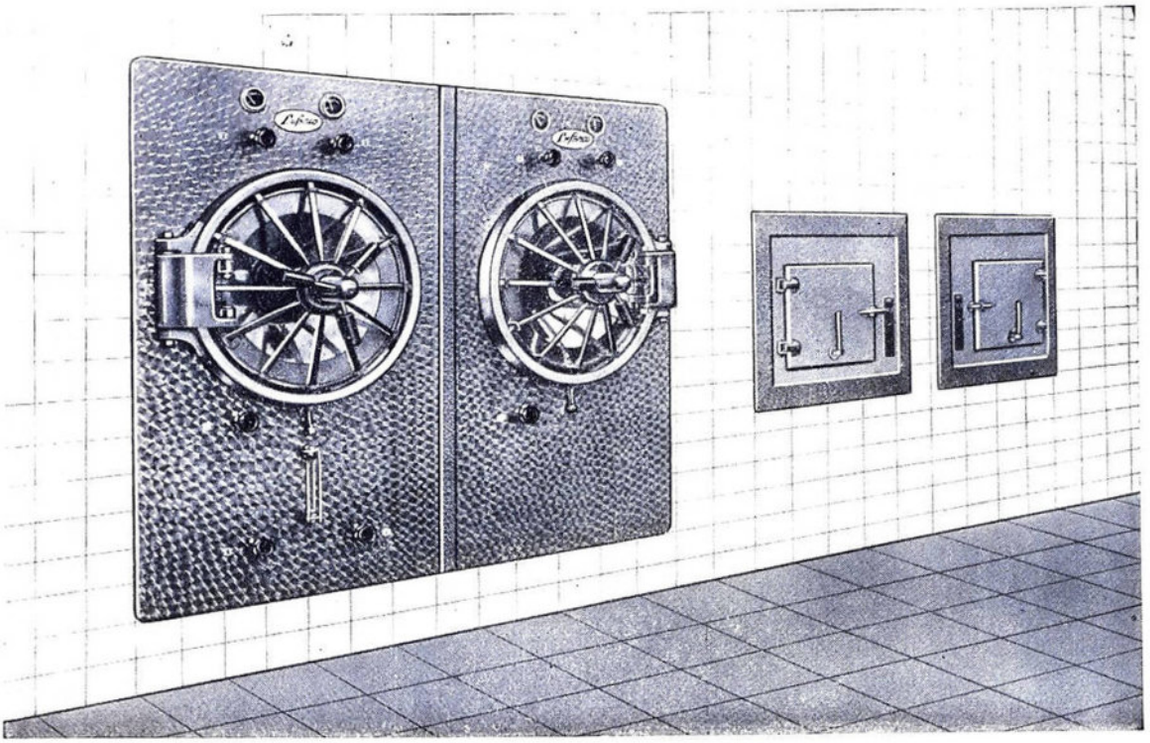
HOSPITAL DO CÂNCER DE S. PAULO — SALA DA BOMBA DE COBALTO — PISO E PAREDES, EM "VIDROTIL"

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



Conjunto Central de Esterilização LUFERGO modêlo .....
Estufas c/ recirculação de ar de acôrdo c/ normas do IPH.
Autoclaves construidas 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 RÖNTCEN APPARATENFABRIEK, LEIDEN — HOLANDA

aparelhos de anestesia - gazes 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 **LUFERCO**
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

EXPOSIÇÃO PERMANENTE DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

INTEIRE-SE DE TUDO O
QUE HÁ DE MAIS MODERNO
EM MATERIAIS,
EQUIPAMENTOS
E SUPRIMENTOS PARA HOSPITAIS,
VISITANDO A
EXPOSIÇÃO DO IPH
À RUA AGUIAR DE BARROS
ESQUINA DA
RUA FRANCISCA MIQUELINA

ENTRADA FRANCA

EXPOSIÇÃO PERMANENTE PATROCINADA PELO

I P H — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

EXPOSIÇÃO PERMANENTE DE EQUIPAMENTOS E SUPRIMENTOS PARA HOSPITAIS

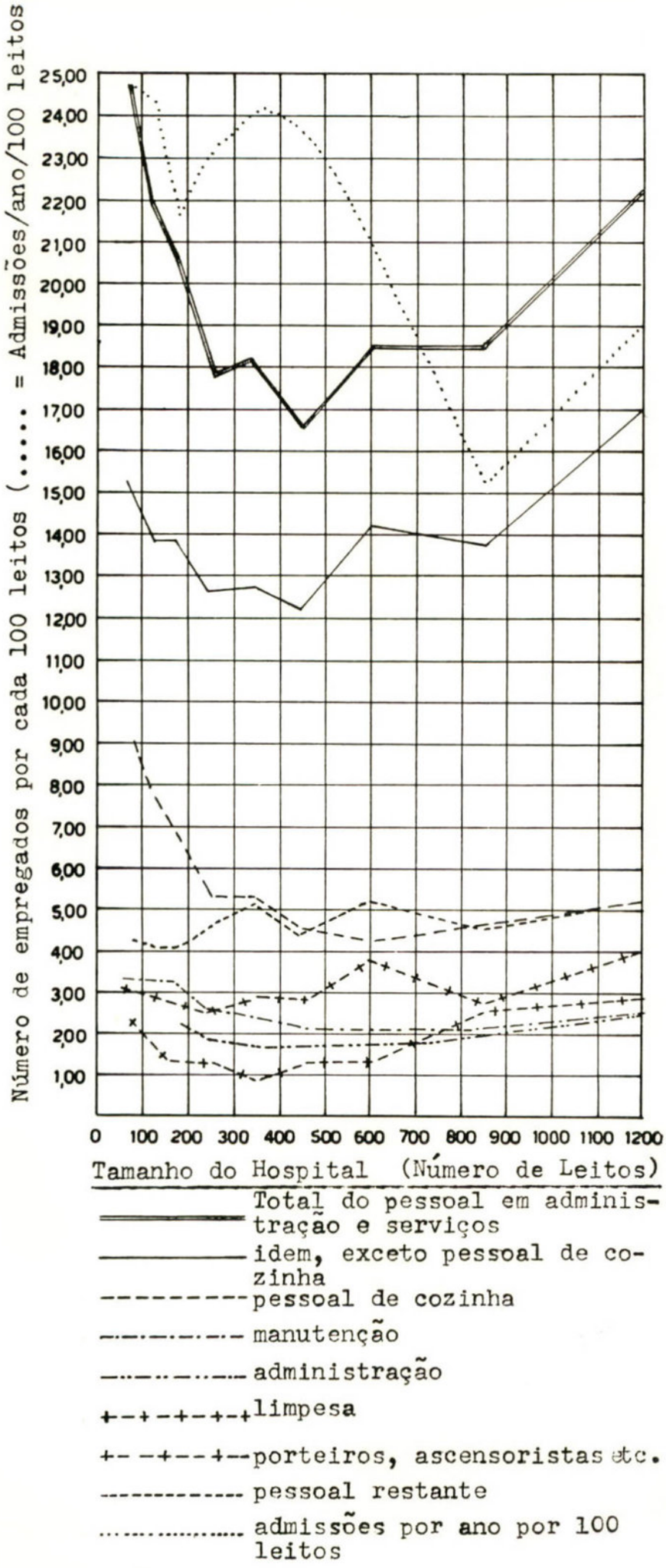
Com a sua exposicão permanente, visa o I P H:

- oferecer, reunindo em um só local, tudo quanto os hospitais brasileiros e sul americanos necessitam.
- apresentar aos médicos, enfermeiros, administradores, consultores, engenheiros e arquitetos os progressos mais recentes.
- facilitar aos interessados, tanto da Capital de São Paulo, como de todo o Brasil, a cômoda aquisição de produtos hospitalares, sem a necessidade de procurá-los nos diversos e distantes pontos em que, geralmente, se encontra localizada a nossa indústria e comércio de material hospitalar.
- estimular o melhor equipamento das nossas instituições, com o fim de aprimorar a nossa assistência médico-hospitalar.
- ampliar o mercado brasileiro de produtos hospitalares.
- estimular o aperfeiçoamento e a modernização da indústria hospitalar.
- fomentar a produção em série e o conseqüente barateamento dos produtos.
- demonstrar aos interessados o valor e a eficiência dos diferentes equipamentos hospitalares, através do seu efetivo funcionamento; para tanto, será dado à exposição o cunho mais dinâmico possível.

ANTES DE EQUIPAR OU CONSTRUIR UM HOSPITAL, INTEIRE-SE PRIMEIRO DO QUE DE MAIS MODERNO EXISTE

Partilhe da Campanha de:

EQUIPAMENTO BOM E BARATO PARA OS HOSPITAIS DO BRASIL



DR. MARTINUS PAWEL

Trabalho apresentado ao II Congresso Nacional de Hospitais — Belo Horizonte — 1.º à 6-7 — 1958

This is the text of a paper given by Dr. Martinus Pawel, Director of the Brazilian Institute of Hospital Research and Editor of "Hospital de Hoje", at the second Brazilian Hospitals Congress which was held in July of last year.

TAMANHOS MÍNIMOS E MAXIMOS DE HOSPITAIS

THE SIZE OF HOSPITALS

A — TAMANHO MÍNIMO DE HOSPITAIS

Em trabalhos anteriores, um dos quais apresentado ao I Congresso Brasileiro de Hospitais (1, 2), me batí por um hospital mínimo de 60 leitos. Não repetirei aquí os argumentos expendidos nêsses dois trabalhos. Acrescentarei sòmente, para maior clareza, que tal hospital contará com duas unidades de enfermagem de 30 leitos, justapostas, o que permitirá redução do pessoal de enfermagem à noite e aumentará a flexibilidade do conjunto.

Estudos feitos na Suecia revelaram, por outra, que unidades de enfermagem menores de 30 leitos são mais caras, não havendo provas de que unidades com maior número de leitos sejam mais convenientes (3). Fica corroborado, destarte, que duas unidades de enfermagem de 30 leitos constituem um bom limite mínimo para tamanho de hospital.

B — TAMANHO ÓTIMO DE HOSPITAIS GERAIS

Revendo ligeiramente a literatura que se refere ao tamanho mais conveniente de hospitais, encontramos algumas divergências de opiniões:

Vogler — Hassenpflug (4) consideram os hospitais de 800-1000 leitos os mais econômicos, embora admitam que "não há prova exata para esta suposição". Para Stone (5) o ótimo está entre 600 e 800 leitos. Rosenfield (6), pelo contrário, acha que um hospital não pode ser demasiado grande, e que todos os inconvenientes que surgem com o aumento de tamanho dos hospitais "podem ser remediados por adequada organização e administração". Na Suecia, alguns médicos com bons conhecimentos de administração hospitalar, assim como consultores e administradores hospitalares acham, desde há muito, que o tamanho ótimo para um hospital está entre 500 e 600 leitos e que não se deverá, normalmente, ir além de 700-800 leitos (7).

A mesma opinião prevalece na Holanda, julgando-se que hospitais maiores tornam-se impessoais "fábricas de Saúde", enquanto na Inglaterra os entendidos defendem um limite ainda mais baixo, de 400 a 600 leitos.

Em vista desta discrepância de opiniões, uma ligeira análise da questão, sob diferentes ângulos, me parece vir a propósito. Principiarei pelo ângulo histórico, seguirei com os ângulos da teoria administrativa e da administração médica e concluirei com o ponto de vista econômico, novamente confrontando teoria e pesquisas feitas no campo.

a) Ponto de vista histórico

Podemos, primeiro, discutir o problema do número máximo desejável de leitos em hospital, sob o ângulo histórico. Para tanto, devemos revêr brevemente os principais motivos que levaram, històricamente, à preferência por hospitais maiores, sob o ponto de vista médico, e à criação de hospital monobloco. Alguns dos motivos que mais pesaram, nesta direção, foram:

1. À maior facilidade de obter recursos e pessoal nos centros urbanos maiores;

2. O reconhecimento de que em hospitais pequenos o aproveitamento dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e também o aproveitamento do tempo do pessoal existente, por conseguinte a eficiência, não pode atingir o mesmo nível como em hospitais maiores;

3. O aumento do número de especialidades médicas, cada uma pretendendo um departamento especializado no hospital geral;

4. O reconhecimento de que as especialidades médicas devem trabalhar em cooperação, não perdendo de vista que o doente é um todo, indivisível. Tal cooperação e intercâmbio de idéias é facilitado no hospital monobloco, em comparação com o pavilionar, pela menor extensão das linhas de comunicação inter-departamentais. (Atualmente elaboram-se na Inglaterra hospitais pavilionares que oferecem vantagem sôbre o monobloco no que tange a circulação do pessoal).

A — THE SIZE OF HOSPITALS

In previous papers, one of which was presented to the First Brazilian Hospital Congress,[1,2] I recommended a minimum of 60 beds for hospitals. I shal not therefore repeat the arguments put forward at that time. I would like to add, however, that such a hospital should have two wards of 30 beds each, the wards whenever possible being built side by side. This arrangement helps to reduce the number of staff required during the night and increases flexibility within the hospital. Moreover, research in Sweden has shown that smaller wards are more expensive to run and to build. At the same time there is no proof that larger wards are more convenient.[3] There is thus a further argument in favour of dividing a 60-bed hospital into two wards containing 30 beds each.

B — MOST SUITABLE SIZE FOR GENERAL HOSPITALS

Opinions as to the best size for general hospitals are divergent. Vogler and Hassenpflug[4] consider the hospitals of 800-1,000 beds the most economical, but admit they have "no exact proof for this suppostition". For Stone[5] the optimum lies between 600 and 800 beds. Rosenfield,[6] on the contrary, believes that hospitals cannot be too large and that all the disadvantages which appear with increasing size of hospitals "can be avoided by adequate organisation and administration". In Sweden some physicians with good knowledge of hospital administration, as well as hospital consultants and administrators, have long thought that the optimum size for a hospital is to be found between 500 and 600 beds and that in general 700 or 800 beds should not be exceeded.[7] The same opinion prevails in Holland (big hospitals become impersonal "health factories"), whereas in England researchers back a still lower limit of 400 to 600 beds, and an optimum of 30-500 beds.[8] Bearing in mind these divergence of opinions, even a small scale analysis of the question should serve some purpose. I shall start with the historical angle, go on with administrative theory and medical administration and finish with the economic standpoint and compare theory with the results of practical research.

(a) Historical Point of View

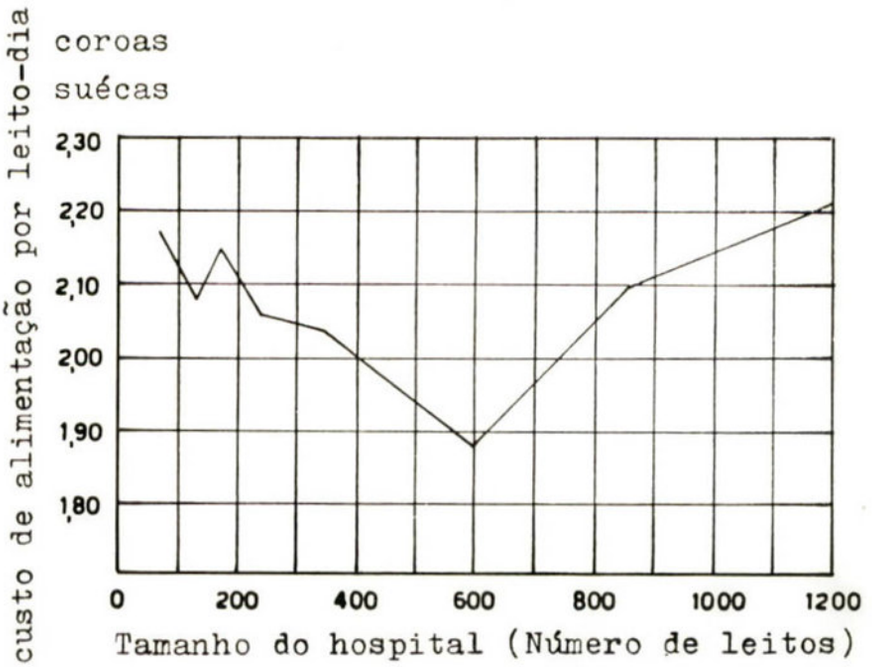
We can start the discussion of the maximum desirable number of beds in hospitals from the historical point of view. For this purpose, we ought to consider briefly the reason which led to the preference for bigger hospitals and to the prevailing adoption of the monobloc hospital from the medical point of view. Some of the main reasons were:

1. The greater ease with which means and personnel could be found in the larger urban areas.

2. The realisation that in small hospitals the good use of existing diagnostic and therapeutic facilities and also of the time of the personnel cannot reach the same level as in larger hospitals.

3. The increasing number of medical specialties, each requiring its own department in the general hospital.

4. The recognition that the medical specialists should work together without losing sight of the fact that the sick person is a human being and should be regarded as such, as disease in different parts of the body cannot be treated without regard to the whole. Such co-operation and interchange of ideas is made easier in the monobloc hospital thant in a pavilion where communications between repartments are more extended.



Alguns destes motivos nos fornecem uma chave para discutir o número máximo de leitos em hospital, como veremos adiante. Aqui, queremos sòmente exalçar um fato:

b) **Tamanho e cooperação inter-departamental**

A medida que o hospital aumenta de tamanho, vai-se perdendo a vantagem inicial do monobloco, de facilitar a troca de idéias entre médicos das diversas especialidades. No hospital monobloco pequeno e médio todos médicos se conhecem bem e, dada a proximidade dos departamentos, têm facilidade de encontrar-se e de discutir e coordenar pessoalmente a linha de conduta face a um doente examinado por vários médicos.

Esta vantagem do hospital monobloco se dilue à medida que o hospital cresce. As distâncias a percorrer para encontrar um colega de outro departamento aumentam; e com o aumento do número de médicos, paralelo ao aumento de tamanho do hospital, passam êles a conhecer-se cada vez menos. Nos grandes hospitais, muitos não se conhecem de todo. Uma eventual conversa telefônica, feita apressadamente e com um colega desconhecido, não pode em absoluto substituir uma troca de vistas pessoal com um colega cuja maneira de pensar e agir já é conhecida de muitos encontros anteriores.

E então, desaparecida está a principal vantagem sôbre a qual, sob o ponto de vista médico, se funda històricamente, a preferência concedida ao hospital monobloco em contraposição ao pavilhonar.

O tamanho de hospital a partir do qual os médicos passam a não se conhecer varia naturalmente com o número dos médicos, (e êste por sua vez depende do padrão do hospital), do seu regime e horário de trabalho, do movimento dos ambulatórios anexos ao hospital, etc.

A exigência de conferências, discussões em grupo e seminários regulares pode melhorar a situação, dentro de certos limites. Em hospitais com grande movimento ambulatório, e médicos em regime de tempo parcial, como são muitos dos nossos, o tamanho limite, depois do qual não é mais possível que os médicos se conheçam suficientemente, estará atingido, segundo minha experiência pessoal, com um total de mais ou menos 100 médicos. Mas melhor será que não seja atingido êste limite. O ideal seria um grupo de 30 a 50 médicos.

This provides a basis for discussion. At this point, I should like to stress one fact only:

(b) Size and Inter-departmental Co-operation

As the size of a hospital increases so ease of interchange of ideas between doctors of different departments and specialities diminishes. In the small and medium monobloc hospital all doctors know each other rather well and, due to the proximity of departments, find it easy to meet, discuss and co-ordinate their treatment of a patient who has been examined by several of them.

In larger hospitals many of the doctors do not know each other at all. A telephone conversation held hurriedly with an unknown doctor is no substitute for a personal exchange of views with a colleague whose ways of thinking and acting are familiar. When this stage is reached, from the medical point of view the main advantage of the monobloc hospital over the pavilion type is entirely lost.

The size of hospital in which doctors become unable to know each other personally varies and depends also on the number of doctors employed. This in turn depends on the level of service of the hospital, its working schedule, the work-load in the hospital policlinics, etc. Regular staff meetings can, within certain limits, improve the situation. In hospitals with large policlinics and with part-time doctors, like many in Brazil, the limit above which it becomes impossible for all doctors to know each other sufficiently well is around 100 physicians, according to my personal observation.

(c) Administration

In larger hospital where the number of departments is greater it can happen that the directors and deputy directors have an excessive number of subordinates under their direct supervision. This will make it difficult to supervise efficiently and to co-ordinate their work. Consequently the work of the hospital will slown and it will become less efficient from the medical point of view.

With a span of control of eight, for example, a theoretical maximum of $1 + 8 + 64 + 512 = 585$ employees can be fitted into

c) **Organização hierárquica**

Em hospitais maiores será também maior o número de departamentos, e acontece que o chefe e os sub-chefes do hospital ou:

1) terão sob seus cuidados número excessivo de subordinados diretos, ou: 2) se deverão cercar de sub-diretores. No primeiro caso terão dificuldade de fazer adequada supervisão e coordenação do trabalho de seus subordinados. No segundo caso se tornará mais lenta, e por conseguinte menos eficiente sob o ponto de vista médico, a operação do hospital.

Com um "span of control" de 8, por exemplo, poderão ser enquadrado um máximo teórico de $1 + 8 + 64 + 512 = 585$ servidores em 4 escalas hierárquicas.

Com um "span of control" de 5, caberiam $1 + 5 + 25 + 125 + + 625 = 781$ funcionários em 5 escalas.

Um aumento do pessoal além deste limite exigirá ou um aumento do "span of control" ou dos escalões hierárquicos; ambos recursos tornam menos eficiente ou mais lenta a máquina administrativa do hospital.

Limitando o pessoal em aproximadamente 585 a 781 servidores, ficará determinado o número máximo de leitos do hospital, de acôrdo com o padrão de serviço que se queira e possa nele apresentar. Em qualquer hipótese, dificilmente se poderá exceder 800 leitos, por êste raciocínio.

d) **Organização dos serviços médicos**

Os alemães chegam a conclusões semelhantes por um raciocínio mais de ordem médico-administrativo:

Julgam que um chefe de clínica médica, cirúrgica, ginecológica-obstétrica e pediátrica deve dispôr de um mínimo de 70 leitos, e que êle poderá supervisionar eficientemente 140 leitos, com aproveitamento ótimo de sua capacidade de trabalho. Um departamento de clínica cirúrgica poderá, embora não seja muito desejável, contar até 210 leitos e um departamento de clínica médica no máximo 175. Para outras especialidades as necessidades, que variam mais amplamente de lugar para lugar e dependem por outra das facilidades já existentes na vizinhança, determinarão os departamentos a ser incluidos em dado hospital.

Um hospital geral de tamanho ótimo será pois, de acôrdo com as necessidades médicas do país:

140 leitos em departamento cirúrgico,

140 leitos em departamento médico,

70 leitos em departamento ginecológico-obstétrico,

70 leitos em departamento oftalmo-oto-laringologia e

70 leitos em departamento pediátrico,

o que daria um mínimo de 490 leitos, ou — se excluirmos o departamento pediátrico de 420 leitos. Os alemães são em grande parte favoráveis a hospitais pediátricos separados: julgam que aí é possível melhor enfermagem pediátrica e melhor separação dos pequenos doentes, por grupo de idades; também favorecem hospitais separados para ortopedia e tratamento de distúrbios mentais agudos, tornando o hospital geral muito pouco geral. Mas a espécie dos departamentos não tem nenhuma influência sôbre a argumentação relativa ao tamanho máximo, sòmente seu número conta nesta conexão.

Aumentando o número de departamentos, segundo o raciocínio germânico, até o máximo "span of control" tolerável de 8, mais 3 departamentos, com um máximo de 210 a 280 leitos, poderão ser acrescidos ao hospital, de acôrdo com as necessidades locais e as facilidades já existentes nas proximidades. Poder-se-á escolher, por exemplo, entre as especialidades de moléstias pulmonares ou moléstias infecciosas, ortopedia, neurologia, urologia, psiquiatria.

Chegar-se-á assim a um máximo aceitável de $490 + 280 = 770$ leitos. Se contamos com unidades de enfermagem de 30 leitos em

four administrative grades. With a span of control of five, a maximum of $1 + 5 + 25 + 125 + 625 = 781$ employees can be fitted into five administrative grades.

As increase of the personnel above these limits will make it necessary to increase the span of control of the number of administrative grades; either alternative makes the administration of the hospital less efficient. If, on the other hand, we limit the personnel — for example, to 585 or to 781 persons — this automatically limits the number of beds, according to the standard of service which the hospital is expected to provide. Anyway, if this sort of reasoning is followed, it will be difficult to provide more than 800 beds in a hospital.

(d) Organisation of Medical Services

Similar conclusions have been reached in Germany. There it is considered that the chief of a medical department or a surgical, gynaecological, obstetric or pediatric department should have a minimum of 70 beds to care for and that he can efficiently supervise 140 beds. A department of surgery can be managed up to a maximum of 210 beds without too great loss in efficiency, a medical department up to a maximum of 175 beds. For other specialties local needs, which vary from place to place, will govern the types of department to be included in the plans for a given hospital.

Thus according to average local needs, a general hospital of optimum size should have:

140 surgical beds

140 medical beds

70 gynaecological and obstetric beds

70 E.N.T. beds

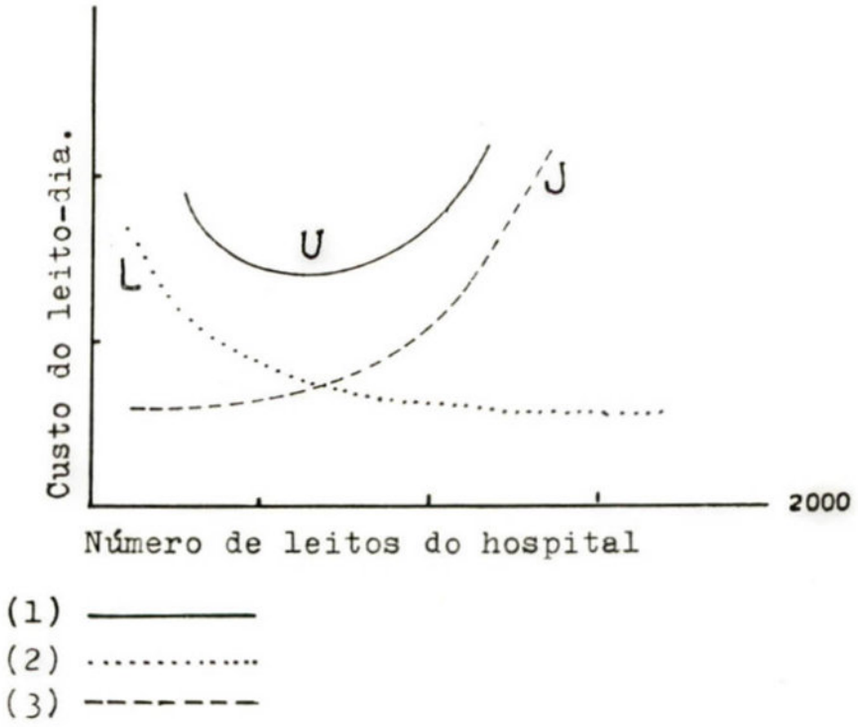
70 pediatric beds.

This adds up to a minimum of 490 beds or — if we exclude the pediatric department — 420 beds. (The Germans are generally in favour of separate pediatric hospitals; they believe that in this way better pediatric nursing can be provided and separation of patients by age group is achieved; they also favour separate orthopaedic and mental hospitals. But the kind of department which is to be part of a general hospital does not influence the decision on its optimum size; only the number and size of the departments are important in this connection.) The Germans also argue that if we increase the number of departments up to the maximum tolerable "span of control" of eight, three more det partments, with a total of 210 to 280 beds, can be added to the hospital. A choice will be made in accordance with the most urgent local needs and existing facilities in nearby hospitals. In this way, a maximum of $490 + 280 = 770$ beds will be reached. If double wards of 60 instead of 70 beds are used, the limit would be 660.

(e) Economic Analysis

If the problem of the optimum size of general hospital is studied theoretically from an economic standpoint two conflicting tendencies have to be faced:

1. Hospital facilities can be used more rationally with consequent reduction in costs in the larger hospitals. Such savings are limited and can never approach 100 per cent. of the cost of



(1)- Custo total, por leito-dia
(2)- Custo por leito dia, excluindo comunicações e transportes.
(3)- Custo de comunicações e transportes, por leito-dia.

lugar das de 35 que servem de base de cálculo aos alemães, desceremos a um limite de 660 leitos.

e) **Análise econômica**

Ao analisarmos de maneira teórica o problema do tamanho ótimo de hospitais gerais, e as limitações desejaveis, sob o ponto de vista econômico, defrontamo-nos com duas tendências opostas:

1. Os recursos do hospital poderão ser aproveitados mais racionalmente, com consequente redução do custo por doente, em hospitais maiores. A economia assim feita é, porém, por sua natureza, limitada. Nunca poderão atingir 100% do custo de manutenção, que por sua vez não poderá ser comprimido em demasia sem afetar a eficiência do hospital.

2. Em oposição, a extensão das linhas de comunicação aumenta progressivamente o custo dos serviços hospitalares, à medida que o hospital se torna maior. Já que não há limite teórico para a extensão destas linhas, o aumento do custo que implica é teòricamente ilimitado.

É evidente que, a partir de certo tamanho, o aumento do custo das comunicações sobrepujará a economia feita com a organização mais racional, que é limitada por natureza.

Em outros têrmos: é possível teòricamente separar o custo das comunicações (inclusive de tempo de deslocamento do pessoal) do custo restante. Se fizermos gráficos destas parcelas, obteremos para o custo das comunicações uma curva em J e para o custo restante, em primeira aproximação, uma curva em L (gráfico 1), em função do tamanho dos hospitais.

Haverá um mínimo para a soma dos dois custos, que formará uma curva em U. Nêste ponto, estará o tamanho ótimo do hospital, sob o ponto de vista econômico.

f) **Pesquisas econômicas**

Estas considerações teóricas encontram confirmação em pesquisas feitas por Mats Erik Mollander e sua equipe (9), na Suecia.

maintenance. The latter costs cannot be reduced too much without reducing the efficiency of the hospital.

2. On the other hand increasing the size of the hospital extends communications and raises the cost of hospital services. As there is theoretically no limit to the extension of communications, the consequent increase in costs is also theoretically unlimited.

It is evident that once a certain size has been reached, the increased cost of communications will exceed the savings made by more rational planning.

In other words: it is possible in theory to ascertain the cost of communications (including the time consumed in displacement of personnel) separately from the remaining costs. If we make graphs of these two fractions we shall get for the communications costs a J-curve and for the remaining costs an L-curve, as first approximation, the size of the hospitals being on the abscissa (Graph N.º 1). There will be a minimum for the sum of the two fractions, which will form a U-curve.

(f) **Economic Research**

These theoretical considerations are confirmed by Swedish research carried ou by Mr. M. E. Molander and his team.[9] As mentioned before, some medical and lay administrators in Sweden had proposed limits of 450 to 800 beds for hospitals. Comparisons of cost of beds in hospitals of different sizes were unsatisfactory. A more specialised hospital with bigger staffs in its wards will cost more than a hospital dealing only with medical and surgical cases, even if they are both the same size and have similar X-ray and laboratory departments.

Comparison of the ratio of employees to beds provided was more promissing. Up to between 400 and 500 beds the cost decreases, above 500 it increases. Also the greater number of especialised

TABELA 1

Número de pessoal de diversas categorias em hospitais de diferentes tamanhos:

Classes de tamanho em leitos	— 49	50 — 99	100 — 149	150 — 199	200 — 299	300 — 399	400 — 499	500 — 699	700 — 999	1000 e mais
N.º de hospitais	1	25	19	7	13	7	8	9	3	5
Admissões p/leito e ano, médias	—	24,78	24,29	21,40	23,04	24,17	23,82	20,48	15,17	19,07
Pessoal por 100 leitos (médias) em administração e serviços:										
Administração	2,86	2,57	2,10	2,31	1,74	**1,49**	1,54	1,70	1,91	2,39
Cozinha	12,86	9,57	7,37	7,01	5,27	5,24	4,50	**4,40**	4,81	5,30
Máquinas	—	3,24	3,18	3,20	2,48	2,43	**2,01**	2,02	2,07	2,41
Limpeza	—	3,04	2,94	2,72	**2,37**	2,94	2,85	3,80	2,78	4,09
Porteiros, ascensoristas	2,86	2,33	1,74	1,48	1,34	**0,84**	1,35	1,36	2,39	2,79
Restante (1)	0	4,10	**3,96**	4,20	4,70	5,12	4,35	5,37	4,59	5,31
Soma do pessoal acima	18,58	24,85	21,79	20,92	17,90	18,06	**16,60**	18,65	18,55	22,29
Idem, excluindo pessoal de cozinha	5,72	15,28	13,92	13,91	12,63	12,82	**12,10**	14,25	13,74	16,99
Pessoal total exceto médicos (médias) por 100 leitos:										
—	—	88,50	82,90	84,88	**77,72**	78,28	84,72	88,72	89,67	113,40

(1) Exceto lavandaria, dado que êste serviço é na Suecia geralmente transferido a lavandarias centrais que atendem vários hospitais.

Como vimos, alguns médicos e administradores hospitalares tinham proposto aí limites de 450 a 800 leitos para o tamanho de hospitais.

Comparações de hospitais de tamanho diferentes, a base do custo do leito-dia simplesmente, não satisfaziam: um hospital mais diferenciado, com enfermarias especializadas, com mais pessoal, será mais caro que outro, com departamentos de clínica e cirurgia geral sòmente, embora ambos sejam do mesmo tamanho e do mesmo padrão (com departamento de radiologia e laboratório clínico semelhantes).

Comparação do número de empregados por leito já dava alguma indicação: à medida que o hospital cresce, o pessoal por leito se reduz até que o hospital tenha 400-500 leitos, crescendo depois. Mas também aí a objeção, que hospitais maiores têm mais departamentos especializados, com mais auxiliares, não podia ser respondida, de pronto. Molander (3, 9) concentrou, em consequência, sua atenção sôbre os serviços não médicos, que não dependem da maior ou menor especialização no hospital, e decidiu fazer uma pesquisa, incidindo sôbre o número de empregados hospitalares, com exclusão de médicos, enfermeiros e assistentes médico-técnicos. Esta pesquisa foi realizada em 97 hospitais da Suecia e revelou que a tendência para um mínimo de empregados por leito subsistia em hospitais com cêrca de 450 leitos. A curva obtida era estatisticamente significativa. Em sequência, uma pesquisa adicio-

wards and increased numbers of staff that would be required raise another problem. There was no specific answer to this.

The non-medical services in the hospitals were therefore studied in greater detail, i.e., services which do not depend on its degree of specialisation. A study was made of hospital personnel in 97 Swedish hospitals, excluding doctors, nurses and medical technical assistants. It was found that even with this restriction, the tendency towards a minimum of employees in hospitals of about 450 beds still persisted. The curve was found to be statistically significant. Additional research showed that the hospitals with a minimum of staff were precisely those which had the highest patient/bed rate — e.g., in them more patients were treated per bed per year. The findings of this study are illustrated in Graph N.º 2 and Table 1.

It can be seen that leaving out small hospitals with less than 200 beds rotation was greatest in hospitals with between 300 and 500 beds. Also that there is a clear tendency to have a minimum of total personnel in a hospital of 400 to 500 beds. The kitchen staff were shown to be fewest in hospitals of 500 to 700 beds.

nal mostrou que os hospitais com um mínimo de pessoal tinham precisamente a maior rotação, isto é, que atendiam a maior número de doentes por leito e por ano que os demais. Os dados colhidos nêste estudo estão sintetizados no gráfico n.º 2 e na tabela n.º 1.

Verifica-se que, não considerados os hospitais pequenos, de menos de 200 leitos, a rotação foi máxima em hospitais entre 300 e 500 leitos.

Verifica-se mais que a curva do pessoal total considerado, mostra clara tendência para um mínimo de pessoal, para hospitais de 400 a 500 leitos. O pessoal de cozinha mostra um mínimo em hospitais de 500 a 700 leitos.

Um estudo paralelo, relativo ao custo de alimentação nos hospitais de diversos tamanhos, mostra que as despesas, por leito, desta categoria são mínimas na classe de hospitais entre 500-700 leitos. Pelo estudo de curvas obtidas, chega-se à conclusão que na Suecia os hospitais de 400-600 leitos são os mais econômicos. Serão êstes resultados aplicáveis a outros países? Naturalmente, haverá diferenças de tôda ordem entre a organização hospitalar, nível social e cultural da população, hábitos e conceitos, de um país para outro.

O ideal será, pois, que em cada país se façam estudos como o mencionado para estabelecer o tipo economicamente mais conveniente de hospital, na época considerada. Pois, se quizermos ser rigorosos, não devemos esquecer que não há sòmente diferenças de um país para outro, mas também num mesmo país, de acôrdo com a época considerada.

No Brasil deveríamos ainda contar com as grandes diferenças regionais. Para uma pesquisa desta ordem, aquí encontraríamos de mais a mais grande dificuldade em obter dados estatísticos significativos, visto que há grande diferença no nível de assistência prestada nos diferentes hospitais, em oposição ao que se nos depara na Suecia.

Vem pois à baila a pergunta até que ponto poderiamos utilizar as pesquisas mencionadas, em nosso meio.

Nêste contexto, atentemos para o fato que o aumento do custo nos grandes hospitais se deve principalmente à extensão das linhas de comunicações e ao sobrepreço a pagar por uma mais complexa hierarquia, isto é, essencialmente ao uso improdutivo de maior parte do tempo do pessoal. Atentemos mais para o fato que o custo total do pessoal representa mais de metade (60-70%) do custo total de manutenção de hospitais de nível satifatório, em quase todos os países do mundo. Sendo comparável o custo do pessoal, que representa a maior e mais decisiva parcela na formulação das conclusões das pesquisas suecas, é de esperar que estas conclusões se apliquem, com reduzida variação nos números obtidos, a outros países. Também no Nuffield Hospital Trust acreditam que as conclusões de Molander e sua equipe podem ser sem receio aplicados a outros países.

g) **Conclusão**

Ao aceitar tais resultados, é ainda de ver que não sòmente as pesquisas econômicas, mas também as considerações administrativas e de relações humanas apontam tôdas na mesma direção. Um ponto de vista que pode ser defendido sob tantos ângulos diferentes e é aceito pelos mais acatados pesquisadores no assunto, não pode sem imprudência ser menosprezado. Até prova em contrario devemos considerar hospitais de 400 a 600 leitos os mais econômicos e convenientes, evitando a construção de hospitais maiores.

h) **O que fazer se a área hospitalar exige mais leitos que o máximo estabelecido?**

Aceita a idéia da limitação do número de leitos dos hospitais, embora sem exageros de rigorismo, apresenta-se de imediato a pergunta: O que fazer se a área ou região exige mais leitos que êste máximo?

Na Alemanha, verificou-se que áreas que necessitam em seu hospital geral mais do que os 8 departamentos a que atraz aludimos,

In Sweden it was concluded from these curves that hospitals of 400 to 600 beds are the most economical. Can these results be applied to other countries? There are variations in hospital organisation, social standards and cultural level, customs and concepts in different countries and at different periods of time in the same country. In Brazil there are great regional variations and these will make it harder to get statistically significant results if we should try to make a parallel study of our own. But, as we have seen, increased costs in the larger hospitals are mainly due to the extension of communications and to the higher costs of a more complex administration; on the other hand the cost of personnel represents more than two-thirds of the total maintenance cost of hospitals of a satisfatctory standard in almost all the countries of the world. As the cost of personnel in Sweden forms the largest as well as the decisive factor in their conclusions and the figures are comparable, it is to be expected that their conclusions, with some slight variation, will apply to other countries. Indeed, at the Nuffield Hospitals Trust it was considered that the conclusions of Mr. Molander"s team could be applied to other countries.

(g) **Conclusions**

Consideration of rational administration and human relations point to the same conclusions and it would be imprudent to ignore conclusions which are broadly similar yet from divergent sources.

Exceeding the Established Maximum of Beds

Once the idea of limitation of the number of beds in hospital is accepted the question of what is to be done if more beds are needed arises.

In Germany it has been noticed that areas which would need more than the eight departments mentioned above in their general hospitals, also need more clinical and surgical beds than normal clinical and surgical departments contain. There it is believed to be more convenient to build a parallel hospital with independent clinical and surgical departments, and within the established limits of size, than to increase the capacity of existing departments above reasonable limits.

Specialist departments will be added to the two fundamental departments in the new hospital according to regional requirements. (In Great Britain it is felt that fewer beds for a greater number of specialties should be provided in smaller hospitals and if necessary specialists can be shared among hospitals.)

The Germans say that in very large hospitals, services deteriorate, as well as administrative efficiency, or at any rate are incapable of improvement.

Such hospitals become monopolies and the spirit of competition with other hospitals in the same area is lost.

A complementary system of working would be achieved if a second hospital were built and the work were divided between them. It would also be possible to build a large hospital block in such a way that it could be split administratively. The divisions thus created could work as separate units. The psychiatric hospital at Lillhagen in Sweden is divided into two autonomous hospital units of 350 beds each, each working in "ideal competition" with the other.

SUMMARY

1. A small hospital should have at least two wards of 30 beds each.

2. Large hospitals should be limited in size for administrative and economic reasons.

3. Until reliable research in this field has been done in Brazil it would be prudent to accept the limit of 500 to 800 beds in accordance with the research of other countries.

também necessitam mais leitos clínicos e cirúrgicos do que um departamento normal de clínica médica ou cirúrgica pode comportar.

Neste caso, é pensamento alí que mais vale construir um hospital paralelo, com departamento clínico e cirúrgico independentes do primeiro, do tamanho ótimo mencionado, do que aumentar a capacidade destes departamentos além de limites razoáveis no primeiro hospital.

Adicionar-se-lhe-iam então os departamentos das especialidades não representadas no primeiro hospital, para completar o segundo e com isto preencher as necessidades da área (Na Inglaterra, preferida é a solução de diminuir o número de leitos das especialidades menores, fazendo-se necessário circular os médicos especialistas entre vários hospitais).

Além de reconhecer as dificuldades administrativas em hospital de tamanho excessivo, acreditam os alemães que o padrão de assistência tende a deteriorar, ou pelo menos a estagnar, em hospitais grandes. De fato, êstes de hábito mantém um monopolio na área por êles servida, e por isto falta a seu pessoal o estímulo de um termo de comparação, ou — como dizem — uma "concorrência ideal". Um segundo hospital, com as mesmas especialidades e serviços-chave paralelos na mesma área, com outra equipe, gera um espírito de competição entre êstes serviços e com isto base para o esfôrço de manter-se a par dos progressos da ciência médica e de melhorar a assistência prestada.

Hipótese teórica complementar seria a fundação de segundo hospital não concorrente, mas com divisão de trabalho total, quer por especialidades, por sexos, por idades ou outro critério.

Também será possível construir um bloco hospitalar grande de tal forma que seja possível sua divisão administrativa em dois ou mais conjuntos hospitalares. Êstes conjuntos funcionariam como se hospitais separados fossem, isto é, seriam administrados independentemente um do outro, cada qual como seu próprio pessoal e material. A experiência obtida na Suecia com êste sistema (por exemplo em Lillhagen, cujo hospital psiquiátrico foi dividido em duas unidades administrativas autonomas, de 350 leitos cada uma, funcionando a contento a "concorrência ideal" entre as duas unidades) mostra que tal divisão é perfeitamente possível.

CONCLUSÕES

1 — Um Hospital pequeno deveria ter pelo menos duas enfermarias de 30 leitos.

2 — Hospitais grandes deverão ter seu tamanho limitado (pelas razões administrativas e econômicas enumeradas), exceto nos casos muito especiais em que estas razões não tenham importância.

3 — Enquanto não dispormos de pesquisas satisfatórias será prudente aceitar os limites indicados no estrangeiro, de 400 a 800, resp. 500 a 660 leitos.

REFERENCES

1 — M. Pawel, Bases para Discussão da "Socialização" da Medicina no Brazil. Livro, São Paulo, 1953.

2 — M. Pawel, Rev. Paul. Hos. V, 2:18-24, fevereiro, 1957.

3 — M. E. Mollander, **Some views on Hospital Planning and Research.** Congress on Building Research. London, 1951.

4 — P. Vogler and G. Hassenpflug, **Handbuch für den neuen Krankenhausbau.** Berlin, 1951.

5 — J. E. Stone, **Hospital Organization and Management.** Faber. London, 1952.

6 — I. Rosenfield, **Hospital Integrated Design.** Rheinhold Publishing Corp., New York, 1951.

7 — 1940 Ars Civila Byggnadsutredning, Detänkande II (SOU 1944:68), report. Stockholm, 1944.

8 — Personal communications of architects, R. Aronson (Ziekenhuiscentrum, Holland), R. Moss, John Weeks (England) and H. Sahl (Deutsches Krankenhausinstitut).

9 — Centrala Sjukvardsberedningen, Ration alisering av Sjukhusdriften. Stockholm, 1955.

ESTANDO JÁ ESTABELECIDOS OS FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DA DIETA, NÃO TEM CABIMENTO ADMITIR QUE OS DOENTES SEJAM ALIMENTADOS EMPIRICAMENTE NOS HOSPITAIS.

O MÉDICO, QUE CONFIA À DIETISTA A TAREFA DE PRESCREVER DIETA, AGE, COMO SE ENTREGASSE AO FARMACÊUTICO O ENCARGO DE MEDICAR

Schindler

ELEVADORES SCHINDLER
DO BRASIL S. A.

SCHINDLER 1874

tudo para transporte vertical

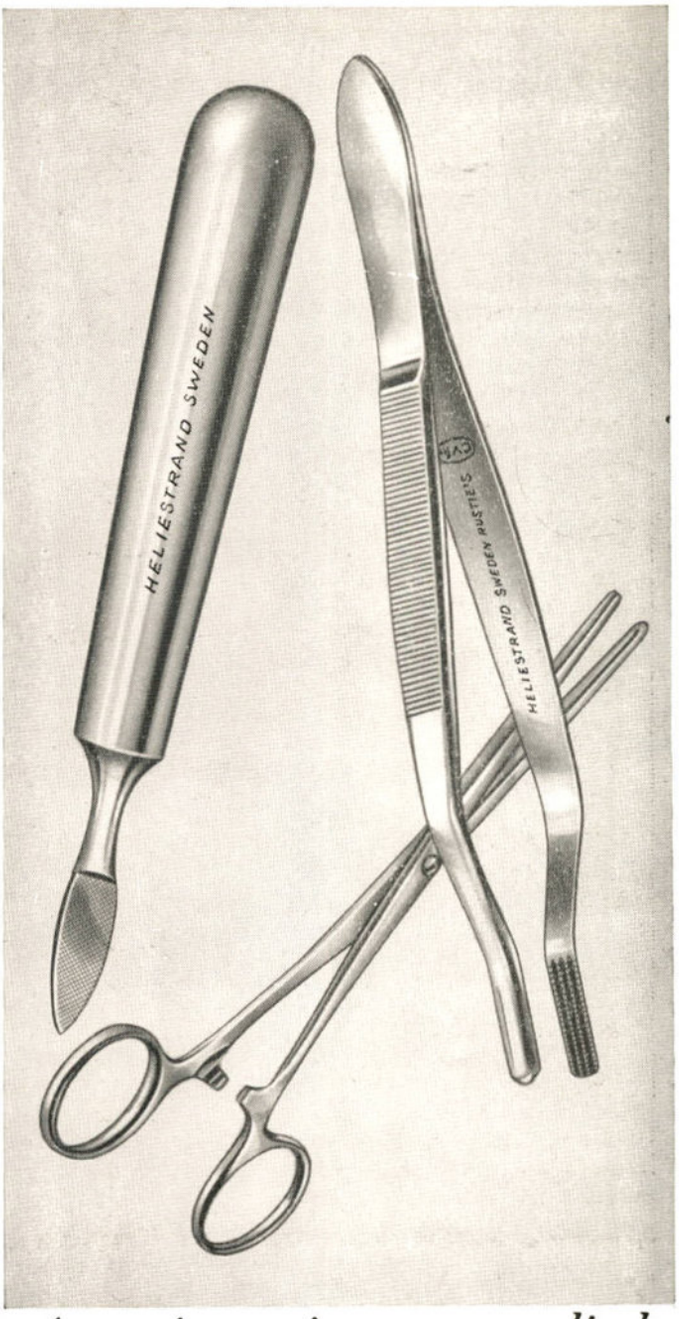
O MÁXIMO EM CORTE

O MÍNIMO EM PREÇO

oferecem LÂMINAS RICHTER

fabricadas em AÇO SUECO de alto carbono
Similares às Lâminas ESTRANGEIRAS

Pedidos à Richter Ltda. Ind. e Com. — Caixa Postal 22.090
Rua Padre Agostinho Mendicute 142 — São Paulo



A mais antiga e mundialmente conhecida marca de aparelhos cirúrgicos:

Instrumental cirúrgico

HELJESTRAND

(Eskilstuna-Suécia — desde 1808)

Representante exclusiva para todo o país, Comercial e Importadora

LOS ANDES S.A.

R. Líbero Badaró, 582 - 10.º and. - Tel.: 37-5586 - Rêde Interna - Cx. Postal 5.600 - End. Telgr.: "Scandandes"

S. J. de Mello 1.161

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.*

york

VISITE A EXPOSIÇÃO-HOSPITALAR DO IPH

DESEJO PARTICIPAR DOS TRABALHOS DAS SEGUINTES COMISSÕES DO IPH:

[ ] Responsabilidade Médico Legal
[ ] Estufas para Esterilização
[ ] Plástico no Hospital
[ ] Equipamentos de Lavandaria
[ ] Padronização de Campos
[ ] Desinfetantes químicos
[ ] Tambores porta-seringas
[ ] Padronização de Serviços de Centro Cirúrgico
[ ] Esterilização por ultra violeta
[ ] Planta de Cozinha
[ ] Padronização de Prontuário
[ ] Instalações (diretrizes gerais)
[ ] Terminologia Hospitalar Luso-Brasileira
[ ] Equipamento de Cozinha
[ ] Paredes removíveis
[ ] Pisos condutivos
[ ] Dados Estatísticos
[ ] Indicadores de Esterilidade
[ ] Enfermagem do Hospital Piloto
[ ] Acústica
[ ] Laboratório
[ ] Ferragens de Portas

Sugiro a criação de mais as seguintes comissões:

[ ] .....

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

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

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

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

VISITE A EXPOSIÇÃO-HOSPITALAR DO IPH

Risque as palavras que não interessam!

Prezados Senhores,

Tenho encontrado o seguinte problema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

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

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

Assinale com uma cruz o seu juizo sôbre cada parte da revista.

PROPOSTA PARA SÓCIO

OBS. São Imprescindíveis 2 Fotografias 3 x 4 cm

I P H

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Entidade de Utilidade Pública pela Lei Estadual n.º 4.774 de 12/8/58 e Decreto Federal n.º 44.735 de 23/10/58

RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 — 6.º ANDAR — CONJ. 64 — FONE 36-3889 — SÃO PAULO

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

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

2 — NOME DA ENTIDADE .....

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

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

.....

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

6 — ENDEREÇO INDIVIDUAL .....

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

.....

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

.....

8 — CURSOS, TÍTULOS, DIPLOMAS .....

9 — OBS. .....

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

.....

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

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

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

ESCREVA BEM LEGIVELMENTE

Outras sugestões:

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

Outras notícias:

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

PROBLEMAS HOSPITALARIOS EN LA PROVINCIA DEL CHACO, REPUBLICA ARGENTINA — PROYECTO DE COOPERACION INTERNACIONAL

DR. FAUSTINO CARLOS DOGLIO
Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública, Prov. del Chaco.

Quiero presentar ante esta magna asemblea los problemas que plantea la organización de servicios hospitalarios en la Provincia del Chaco, República Argentina y la forma en que están tratando de ser solucionados por su Ministerio de Salud Pública.

Esta provincia, situada al Noreste de la República alberga en sus 99.633 kilómetros cuadrados, a 598.211 habitantes, con una densidad media de 6 habitantes por kilómetro cuadrado. Pero su distribución es absolutamente irregular. En 4.989 Kmts² (5% de la superficie total) nos encontramos con una población de 174.109 habitantes, con una densidad de 34,90 por Kmt². En 9.494 Kmts² (9,53% de la superficie total) viven 128.227 habitantes con una densidad de 13,50 por Kmt². En 42.387 Kmts² (42,54% de la superficie total) habitan 260.672 personas con una densidad de 6,15 por Kmt². En el resto de la provincia, 42.763 Kmts² (42,92% de la superficie total) se encuentra una población de 35,203 habitantes con una densidad de 0,82 por Kmt².

La fría exposición de estas cifras ya deja suficientemente planteados algunos aspectos de los problemas. Débese aclarar que no existem establecimientos mixtos. Nuestros hospitales, o dan asistencia gratuita y pertenecen al Estado, que es quien los administra, o dan solo asistencia paga y son de propiedad particular. Está en nuestros propósitos tratar de convertir los establecimientos del Estado en ambientes de internación mixta, y completar su acción curativa, haciéndoles integrarse como Centros de Salúd.

En tres ciudades, cuatro hospitales mayores de 100 camas (uno que deberá llegar a 500) y los establecimientos a crearse par a tratamiento de crónicos, plantean problemas de estrieta técnica de Administración Hospitalaria y en ese sentido están tratando de ser reorganizados.

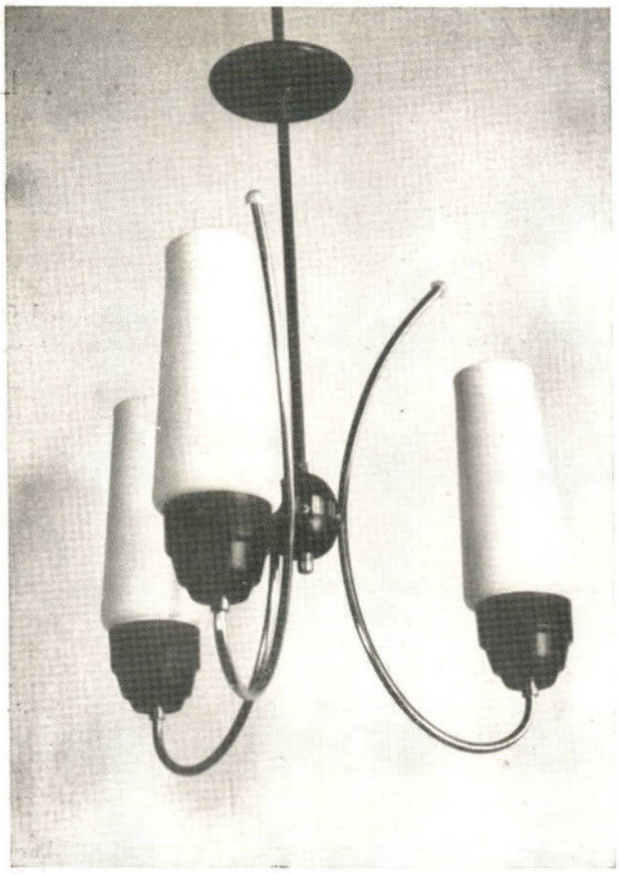
En el resto de la provincia, existen o deberán construirse, algunos hospitales de 30 a 50 camas y varios de 20 camas o menos, llegando hasta la simple sala con o sin médico permanente. Estos pequeños son y deberán seguir siéndolo el máximo tamaño admitido por el volumen de la comunidad a que sirven, justificándose su existencia por la distancia a que ellas se encuentran de cualquier otro centro mayor. Esta gama de pequeños establecimientos plantea una segúnda índole de problemas. El dar a esos servicios, absolutamente incompletos, la posibilidad de poder contar con elementos auxiliares de diagnóstico y tratamiento crea la necesidad de establecer una bien engranada red de servicios complementarios de acceso fácil, cómodo y barato, complementado con un organizado y eficaz sistema de evacuación a centros mayores En esta materia se ha realizado un estudio de todos los servicios existentes así como de todas las comunidades, para planear la redistribución de camas en la provincia. Además, en algunos de ellos y como experiencia se está usando la via radial como medio de comunicación permanente y único con el organismo central. Incluimos en ello el censo diario, lo que nos permite tener en la Capital de la provincia, (hasta tanto sean creadas las 3 zonas sanitarias en que esta se dividirá) todo el movimiento hospitalario del interior, antes de las 24 horas siguientes. Esta experiencia lleva yá algo mas de dos meses de funcionamiento y no nos ha dado sino satisfacciones el permitirmos una agilización en los trámites absolutamente desconocida en nuestro medio. También estamos tentando en este terreno, lograr una descentralización administrativa que dê a cada establecimiento el máximo de independencia, con participación de la comunidad, en el manejo local.

El tercer aspecto del problema lo plantea esa población dispersa en una gran superficie y cuya escasísima densidad unida a la gran dificultad de cualquier sistema de comunicación por la falta de caminos, etc. no permite que llegue hasta ella asistencia sanitaria de cualquier índole en forma permanente y eficaz. Para esto se está en vias de poner en ejecución como experiencia, un sistema de atención médica radial, por medio de equipos individuales de radio-teléfono de bajo costo y muy sencillo manejo, con botiquines standarizados y con médicos que se especialicen en ese tipo de asistencia, contándose además con un rápido sistema de transporte del médico o derivación del enfermo, por avión o helicóptero.

Esta es a grandes rasgos la situación. La aplicación en la Provincia del Chaco de un Programa Integral de Salud Pública, con carácter demostrativo para el resto del país, con ayuda del Gobierno Federal y participación de organismos Internacionales como O.M.S. — U.N.I.C.E.F. hace que tengamos posibilidades de lograr que nuestros hospitales dejen de ser establecimientos cerrados, estrictamente curativos para, adquiriendo el concepto de área, llenar su triple función preventiva, curativa y reparadora, dentro y fuera de sus muros, cumpliendo su verdadera misión en toda su zona de influencia.

La exposición de estos datos tiene una finalidad: Solicitar la aprobación de los Señores Congresistas para uma expresión de deseo en el sentido de que **se establesca un intercambio activo en nuestros países Sul-Americanos, entre todos los organismos encargados de dirigir u organizar sistemas hospitalarios,** a fin de que sea conocida no rolamento la experiencia yá hecha, en este terreno, a travéz de publicaciones, sino la experiencia en marcha, sujeta al éxito o al fracaso, y aún los problemas, ten complejos y tan diferentes em cada región y a cuya solución deban abscarse.

Para ello, el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública de la Provincia del Chaco, República Argentina, ofrece y solicita la mas amplia colaboración.



FÁBRICA DE LUSTRES

Lustres de Iluminação moderna, funcionais, Cristal Nacional e da Boêmia, Imperial Maria Tereza, Orveley em côres, Pendentes para Dormitórios, Lanternas, Plafonier, etc.. Aceitamos encomendas para Igrejas, Jardins, Fazendas, Casas de Campo, Lojas, Hoteis e qualquer tipo sôbre desenho.

V. RIBEIRO LTDA.

Fabricante Importador Exportador

ESCRITÓRIO, EXPOSIÇÃO E FÁBRICA

(Edifício próprio)

RUA CONS. FURTADO, 1123

(Aclimação)

Fones: 34-8597 e 37-4682 **SÃO PAULO**

de acôrdo com tôda a farmacopéia mundialmente famosa.

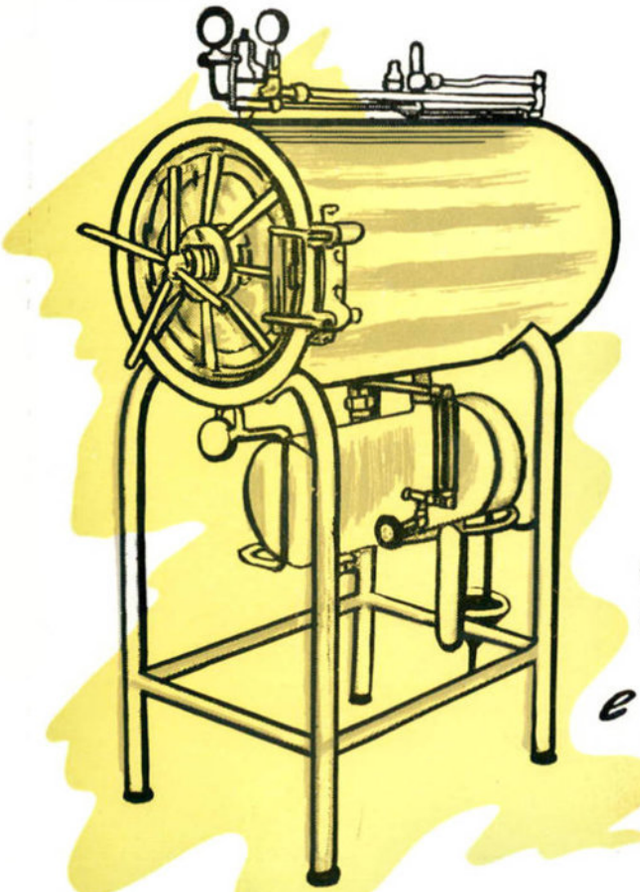
Para maiores informações, dirija-se aos nossos representantes:

GUSTAW KRAJEWSKI - Av. Pres. Vargas, 446 s/ 1401 - tel. 43-1426 - Rio de Janeiro

RENÉ W. HARTOGS & CIA. - Rua Marconi, 23 - 9.º s/ 1 e 2 - tel. 34-5303 - São Paulo

Autoclaves IBACLI

... o sucesso depende da confiança... e a "confiança" 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

Ato Cirúrgico e Infecções Post Operatórias

CLOVIS W. FRANCISCONI*

O grande auxílio que os antibióticos trouxeram ao combate das infecções deu margem à adopção, por parte de alguns médicos, de uma orientação injustificada quer prescrevendo antibióticos indiscriminadamente quer descurando da assepsia pré e transoperatória.

O uso descontrolado dêstes agentes recebe a pseudo justificativa de que, se seu emprêgo não ajuda, também não prejudica. Esta afirmativa evidentemente falsa, ainda é defendida por muitos profissionais que parecem ignorar os casos fatais provocados por antibióticos e o desenvolvimento de resistência à sua ação, causada por dosagens inadequadas.

Nas salas de cirurgia, sente-se entre muitos médicos um certo desprêzo pelas técnicas assêpticas já que consideram infecção um problema superado e crêem que um "cocktail" antibiótico introduzido numa cavidade ou derramado nas superfícies incisadas é uma defesa segura contra qualquer agente infeccioso.

Esta filosofia simplista e indefensável infelizmente transmitiu-se a muitos hospitais, cujos recursos de esterilização e de salas de cirurgia já eram deficientes e que mais avaros se tornaram em gastar na aquisição de equipamentos para tais sectores, na convicção de que infecções já não são mais problema.

Sem dúvida alguma, parte da culpa de tal estado de cousas pertence às Escolas Médicas, pois seus currículos habitualmente pouca atenção dispensam às técnicas de esterilização e à conduta em salas de cirurgia. Se nossos hospitais dispusessem de pessoal habilitado, poder-se-ia admitir que os estudantes de medicina não recebessem maiores detalhes sôbre esterilização de material, mas a conduta na sala de operações e as técnicas assépticas sempre deveriam ser muito bem ensinadas.

A deficiência no preparo acadêmico não justifica que grande número de cirurgiões continuem a operar, desrespeitando as técnicas assépticas, não lavando corretamente as mãos e antebraços, usando máscaras inadequadas e conservando o nariz fora da máscara.

Temos visto hospitais que confecionam máscaras com telas de "nailon" transparentes e com trama tão aberta que nem siquer retêm um fio de bigode sôlto. Estas máscaras, — que a nosso ver só podem ser usadas por razões de ordem supersticiosa — não oferecem a mínima proteção, e sua supressão, cremos, não peoraria as condições do ambiente. No entanto, máscaras dêste tecido são usadas por muitos médicos que trabalham nestes hospitais e são recebidas com grande entusiasmo, pois não "atrapalham" a respiração.

Em certos hospitais alguns médicos insistem no fornecimento de água "esterilizada" para a lavagem de mãos e antebraços. Apesar de exigirem êste requisito, êstes médicos desrespeitam a boa técnica de limpeza, fazem curativos infectados sem luvas e parecem emprestar à água utilizada tôda a responsabilidade na obtenção ou não de uma boa assepsia.

(*) Pôrto Alegre, R. G. Sul.

As técnicas para vestir aventais, calçar luvas, colocar gorros e máscaras etc. são, em grande número de casos, desrespeitadas, aumentando assim a probabilidade de infecções. Não é raro, em grande número dos hospitais que conhecemos, observarem-se médicos entrar na sala de operações, para falar com o colega, envergando trajes de rua e, por vêzes, com o cigarro aceso na mão. Roupas e calçados para uso exclusivo na sala de operações ainda não é medida muito aceita em nosso meio. Alguns médicos que adoptam tal orientação, desavisadamente escolhem sapatos com solado de borracha não conductora, aumentando assim o risco de explosão dos gases anestésicos.

Òbviamente não podemos — nem pretendemos — atribuir tôda a culpa aos médicos. Os encarregados da administração dos hospitais são também grandes responsáveis pelas deficiências existentes.

Muitos hospitais, por incompreensão do problema e falso espírito de economia, não fornecem aventais, gorros e máscaras para médicos e estudantes que entram nas salas de cirurgia, obrigando-os a aí ingressarem com os mesmos aventais com que estiveram circulando pelo hospital, atendendo pacientes infectados, e totalmente contra-indicados para utilização em ambiente cirúrgico.

Os autoclaves e estufas de esterilização de muitos hospitais são insuficientes e mal conservados. Em inúmeros casos os autoclaves não dispõem de manômetros nem de termômetros, procedendo-se à "assim chamada" esterilização com indicação apenas do tempo de funcionamento do aparêlho. Mesmo êste fator tempo, insuficiente para avaliar da eficiência da esterilização, é às vêzes empregado a palpite, pois que não há um simples relógio disponível.

A falta de pessoal devidamente preparado para a supervisão dos centros cirúrgico e de esterilização, a inexistência de funcionários para um serviço eficiente de manutenção, ainda mais agravam esta situação lastimável. Alguns estabelecimentos reutilizam gases e empregam os restos de material de sutura em condições que aumentam sensivelmente o risco de infecção.

A falta de prontuários clínicos não permite estabelecer as cifras a que atingem as infecções postoperatórias provocadas por fatôres diretamente relacionados com o ato cirúrgico. O interrogatório de médicos e pessoal de enfermagem permite constatar grande número de infecções postoperatórias, algumas quase desprezadas sob a designação de "supuração de um ponto de sutura". Alguns hospitais mantêm registro de operações e nêles se pode verificar que são frequentes operadas e ventrações postoperatória por infecção de parede.

O número do J. A.M.A. de 8 de Março de 1958 dedica bastante espaço ao problema do estafilococo. Diversos artigos insistem no fato de que a confiança excessiva nos antibióticos não é justificável nem justificada.

Outro ponto interessante, que merece melhor atenção de parte dos médicos e pessoal hospitalar, é a afirmativa de que a melhor prevenção da infecção das feridas operatórias é uma boa técnica asséptica por parte do pessoal de salas de operação.

W. Emory Burnett e colaboradores, em um programa realizado no Temple University Hospital, em Filadelfia, obtiveram bom resultado na prevenção e erradicação de infecções estafilocócicas, adotando, entre outras medidas, o exame de todo o pessoal que atende os pacientes e **o retôrno às técnicas assépticas estrictas da era anterior aos antibióticos** (o destaque é nosso).

O uso indiscriminado de antibióticos é combatido por razões várias. O uso rotineiro de antibióticos na ferida operatória, que era adotado no T.U.H., foi suspenso sem aumento apreciável de infecção em casos assépticos.

As técnicas assépticas estrictas, acima mencionadas, incluiam a lavagem de mãos e antebraços com sabão, utilizando-se escova esteril, pelo prazo de 10 minutos. Entre 2 operações, caso as mãos não tivessem entrado em contacto com outro objeto após a remoção das luvas, procedia-se à nova limpeza, com escova e sabão, pelo prazo de 5 minutos. Cada lavagem de mãos e antebraços era seguida de imersão, por um ou dois minutos, em álcool a 70%.

As máscaras de camadas múltiplas de gase foram substituídas por tipos mais espessos e eram renovadas, assim como o gorro, a cada operação.

O traje de sala de operação era utilizado apenas no bloco cirúrgico e, caso o cirurgião se afastasse desta área, mudaria de traje para aí reingressar. Os sapatos, apesar de serem para uso exclusivo no centro cirúrgico, eram, na entrada, esfregados em tapêtes empapados em solução de hipoclorito.

Com as providências mencionadas, o número de infecções no Temple University Hospital foi reduzido para cifras dentro dos limites considerados aceitáveis.

Neste trabalho, tentamos abordar apenas a possibilidade de infecção de casos cirúrgicos assépticos por fatôres diretamente relacionados com o ato operatório e considerar então:

A) EQUIPAMENTO DE ESTERILIZAÇÃO

A escolha de equipamento adequado é de suma importância e sua operação exige requisitos mínimos de técnica que devem ser respeitados.

O Colégio Americano de Cirurgiões insiste na existência de um bom termômetro conectado com o autoclave e na realização de culturas periódicas para verificação da eficiência da esterilização.

O emprêgo de indicadores químicos ou colorimétricos é também recomendado.

Todos os recursos de segurança de uma boa técnica de esterilização devem ser empregados. Autoclaves que disponham exclusivamente de manômetros não oferecem garantia de eficiência, já que manômetros são habitualmente de pouca sensibilidade e podem indicar cifras que não correspondem à pressão atingida. Por isso, o uso de bons termômetros, geralmente mais sensíveis e exatos, é recomendado. Como a temperatura varia no interior dos tambores ou pacotes, utilizam-se indicadores para podermos estar seguros de que todo o material foi de fato submetido à temperatura indicado durante o tempo aconselhado.

O uso de termômetros e manômetros registradores não dispensa o emprêgo dêstes indicadores.

O pessoal para operar os autoclaves deve ser bem preparado e contar com uma boa supervisão. Não sabemos com que freqüência acontecem casos como o citado por Beckett e Borman, mas convém pensar na possibilidade de sua repetição.

Êstes autores mencionam um caso em que tôda a carga de um autoclave apresentou os indicadores sem modificação. O autoclave possuia termômetro registrador e o gráfico mostrava que havia funcionado 45 minutos a uma temperatura de 122°, em condições que deveriam assegurar esterilização completa. A investigação mostrou que a atendente, tão pronto o termômetro atingiu a temperatura acima, girou o disco com a mão, simulando uma exposição de 45 minutos e desligou o autoclave.

A consecução de boa esterilização, além da qualidade e condições do autoclave, depende do empacotamento dos artigos a serem esterelizados, da maneira como êstes pacotes ou tambores são colocados no autoclave e da operação dêste aparêlho.

Assistência técnica permanente e uma boa manutenção são indispensáveis para o bom funcionamento de equipamento de tanta responsabilidade.

O material esterilizado deve ser transportado e depositado em condições que o protejam do perigo de contaminação.

B) FONTES DE CONTAMINAÇÃO DO AR DA SALA DE OPERAÇÕES

O ar das salas de operações pode ser infectado por:

1 — áreas contaminadas do solo e paredes, atingidas por gases e compressas caídas ao solo ou gotejantes, pus respingado etc..

2 — Ar expirado por pessoas na sala.

3 — Poeira vinda de áreas contaminadas, através de portas e janelas.

4 — Agentes patogênicos transportados pela poeira e originados da poeira da rua, carregados nas roupas e sapatos do pessoal, ou poeira penetrada através dos sistemas de ventilação.

Meleney calcula que de 35.000 a 60.000 bactérias suspensas no ar, se depositem, por hora, sôbre a mesa de operações e mesa de instrumentos.

Em alguns estudos realizados nos EE.UU. até 50% do pessoal da sala de operações eram portadores de estreptococus nas vias respiratórias superiores. Pessoal em tal situação deve ser afastado das salas de operação, e culturas de material faringeano devem ser feitas periòdicamente em todo o pessoal.

Para reduzir a contaminação do ar da sala de operações é recomendado:

1 — Limitar o número de pessoas dentro da sala ao mínimo necessário.

2 — Não permitir ingresso nas salas a pessoas com infecções respiratória aguda.

3 — Eliminar das salas de operação roupas e calçados utilizados na rua.

4 — Tratar periòdicamente os soalhos e a roupa de cama utilizada nas salas de operação com substâncias que diminuam a produção de poeiras.

5 — Fazer todo o pessoal da sala utilizar máscaras espessas e mudá-las freqüentemente.

6 — Polvilhar talco nas mãos sôbre um saco para roupa ou perto do exaustor.

7 — Esterilizar o ar com luz ultra-violeta ou aerosois.

8 — Eliminar janelas abertas ou o uso de ventiladores de tipo ordinário nas salas.

9 — Instalar, se possível, um sistema de renovação de ar filtrado e estéril.

10 — Proibir o uso de esfregões e escovas e limpar a sala de operações com aspirador.

Reconhecemos que, no panorama hospitalar brasileiro, algumas das medidas enumeradas não poderão ser adotadas sinão por pequeno número de instituições, mas não é menos verdade que muitas destas recomendações podem ser aceitas e postas em execução de imediato em todos os hospitais, com flagrantes benefícios para a assistência aos pacientes.

C) TÉCNICAS ASSÉPTICAS DO PESSOAL DA SALA

A lavagem de mãos e antebraços é manobra de grande importância e muitas vêzes descurada em muitos hospitais.

O manual TM8-270 do Exército Norte Americano assim dispõe sôbre a técnica a ser cumprida para:

Limpeza de mãos e antebraços para uma operação:

1 — Regule a temperatura da água.

2 — Lave cuidadosamente as mãos e braços usando o sabão preparado (usualmente contendo Hexaclorofeno).

3 — Pegue a escova estéril de seu recipiente.

4 — Embeba a escova no sabão preparado.

5 — Escove as mãos e os antebraços até bem acima dos cotovelos, usando movimento rotatório e durante 4 minutos.

6 — Largue a escova na pia e enxágue as mãos e antebraços em água corrente. Mantenha os braços em posição tal que a água escorra das mãos para os cotovelos.

7 — Pegue outra escova do depósito e escove as mãos e punhos, inclusive os 4 lados de cada dedo, durante 4 minutos.

8 — Limpe bem as unhas com o bastãozinho fornecido. Jogue o bastão usado na pia.

9 — Escove as unhas de cada mão por um minuto.

10 — Enxágüe as mãos e antebraços.

11 — Mergulhe as mãos e braços em álcool a 70%.

12 — Enxugue as mãos em uma toalha esterilizada.

Limpeza de mãos entre operações assépticas:

1 — Escove as mãos e antebraços por 5 minutos de acôrdo com a técnica anteriormente descrita.

2 — Limpe as unhas de ambas as mãos, sob água corrente, com o bastãozinho especial.

3 — Mergulhe as mãos e antebraços em álcool a 70%.

4 — Enxugue as mãos em uma toalha esterilizada.

Limpeza de mãos entre casos sépticos:

Siga-se integralmente a técnica indicada inicialmente.

Alguns autores criticam as técnicas que marcam tempo para escovar as mãos e antebraços, alegando que o importante é o número de escovadas que a pessoa usa e que pode variar, de um indivíduo para o outro, dentro do mesmo período de tempo.

Carl Walter recomenda o seguinte número de escovadas para cada área de pele:

1 — Para os que se escovam com intervalos de mais de 3 dias:

30 passadas de escôva na pele e 50 nas unhas.

2 — Para os que se escovam diàriamente:

15 passadas na pele e 25 nas unhas.

Depois de enxaguar, indica mais 3 passadas de escôva em tódas as áreas da pele e, depois da limpeza das unhas, repete-se a aplicação de sabão e escova-se mais 3 vêzes tôda a pele.

Walter substitui o álcool por uma solução tipo Zefiran ou solução alcoólica de hexaclorofeno.

As máscaras usadas pelo pessoal na sala de operações devem cobrir tanto o nariz como a bôca, pois bactérias podem ser expe-

lidas por qualquer dêstes orifícios. O uso de máscaras deve ser regulado por instruções que obriguem pelo menos ao seguinte:

1 — As máscaras devem ser mudadas em intervalos determinados, já que sua eficiência diminue ràpidamente na razão direta do tempo de utlização.

2 — As máscaras devem acompanhar os contornos da face, para que todo o ar respirado seja filtrado pela máscara.

3 — Para maior eficácia, deve-se evitar expiração forçada. Falar, rir, suspirar, expirrar ou tossir facilitam a contaminação do ambiente.

4 — As máscaras novas devem ser lavadas antes de sua utilização para que se obtenha melhor filtragem.

5 — Pessoas com resfriados, mesmo com máscaras, não devem penetrar nas salas de operação.

A vastidão do território brasileiro dificulta a divulgação dos conhecimentos e a troca de opiniões entre os elementos que trabalham na assistência médico hospitalar.

Cremos que, entre outras atividades, as associações hospitalares e os departamentos de cirurgia das Associações Médicas poderiam cooperar eficazmente no aprimoramento das técnicas empregadas no Centro Cirúrgico.

Parece-nos que a confecção de um pequeno manual, indicando as rotinas a serem seguidas, e fornecendo a justificação das medidas propostas, seria de grande ajuda para melhorar êste aspecto da assistência hospitalar.

SUMÁRIO

São abordados, ràpidamente, alguns dos fatôres que possam agir durante o ato operatório, aumentando a possibilidade de infecções de casos cirúrgicos assépticos.

CONCLUSÕES:

1.º — Os hospitais devem organizar o serviço de esterilização com pessoal treinado e equipamento adequado para a obtenção de uma esterilização completa do material e instrumental utilizados no ato cirúrgico.

2.º — As rotinas de esterilização devem incluir o uso de indicadores e devem ser supervisionadas por elementos responsáveis e habilitados.

3.º — A contaminação do ar das salas de operação deve ser combatida por todos os meios que o hospital possa utilizar.

4.º — A limpeza de mãos e antebraços de todos os que participam no ato cirúrgico deve ser realizada na observância estrita de técnicas aprovadas.

5.º — Tôdas as pessoas que penetram na sala de operação devem usar gorro e máscara de modelos eficientes e de acôrdo com a técnica.

6.º — As associações de hospitais e sociedades de cirurgia devem desenvolver atividade educacional mais intensa no sentido de apresentarem sugestões de rotinas a serem seguidas pelos hospitais.

BIBLIOGRAFIA

Beckett & Berman — Sterilization and disinfection. A handbook for nurses. A.T.I. Publishing Division. 1953.

Burnett W. E. et all — Program for prevention and erradication of staphyloccoccic infections. JAMA. Vol. 166 n.º 10.

Lapp, H. C. — Airborne infections in the operating room. Yearbook from Hospital Topics. Vol. 3. 1952.

Meleney, F. J. — SGO, 60: 1935.

Nogueira M. G. — Revista Paulista de Hospitais. Vol. IV, n.º 9, pág. 30.

Richter E. B. — Revista Paulista de Hospitais. Vol. I, n.º 12, pág. 23.

Richter E. B. — Revista Paulista de Hospitais. Vol. IV, n.º 8, pág. 45.

Russo A. C. — Revista Paulista de Hospitais. Vol. III, n.º 10, pág. 18.

Siqueira A. A. M. — Revista Paulista de Hospitais, Vol. IV, n.º 8, pág. 40.

Walter, C. W. — Scrubing for Surgery. Amer. J. of Nurs. Vol. 52, n.º 2.

Walter, C. W. — Aseptic treatment of wounds. Mac Millan Co.

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

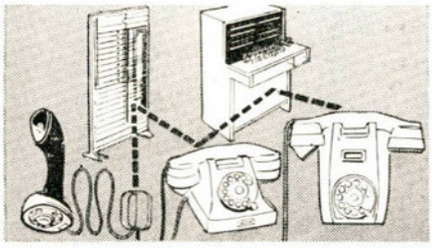
Os mais modernos recursos foram aplicados no Hospital de Clínicas de Curitiba!

inclusive

INSTALAÇÕES HOSPITALARES DE FRACA TENSÃO

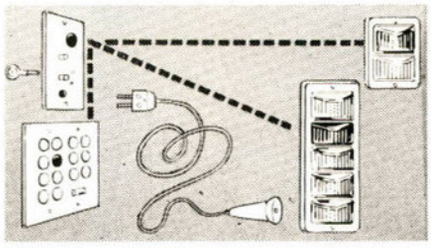
Ericsson

TELEFONES ✻ **PAX – PABX – PMBX**



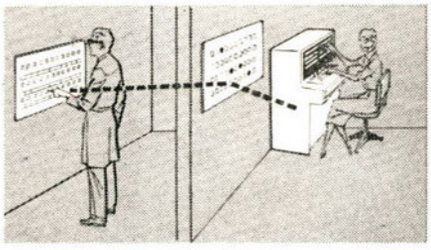
Para comunicações internas e externas, de tôdas as capacidades.

✻ **CHAMADA DE ENFERMEIRAS**



Dos quartos para a sala das enfermeiras.

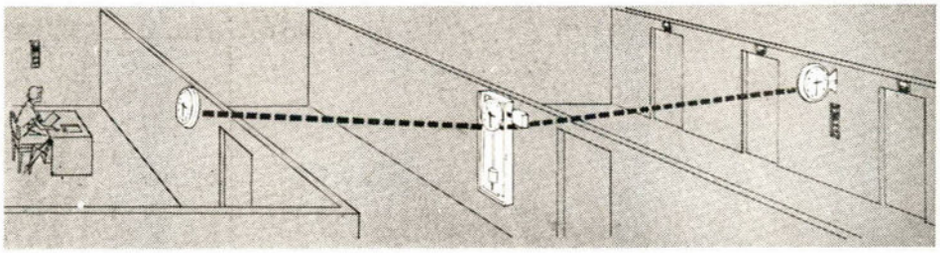
✻ **PRESENÇA MÉDICA**



Aviso central à telefonista, para chamados a qualquer momento.

RELÓGIOS CENTRALIZADOS E ✻PROCURA-PESSOA

Horário geral orientado por um só mecanismo. Através de lâmpadas de várias côres, chama o médico em tôdas as salas.



ERICSSON DO BRASIL

COMÉRCIO E INDÚSTRIA S.A.

✻ Serviços executados no H. de C. de Curitiba

R. DE JANEIRO • S. PAULO • BELO HORIZONTE • PÔRTO ALEGRE • RECIFE
FÁBRICA: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – S. P.

"C E L M"

Cia. Equipadora de Laboratórios Modernos

End. Telegráfico: EQUIPADORA — São Paulo

Av. 9 de Julho, 1217 — Fone: 33-6503

MICROSCOPIA VEB CARL ZEISS JENA

Aparelhos Fotoelétricos "EEL"

Evan Electroselenium Ltd.

Centrífugas International Equipament Company

Autotechnicon — Auto Analyesr

Technicon Controls, Inc.

Reativos Biológicos e Produtos Químicas P. A.

das melhores procedências

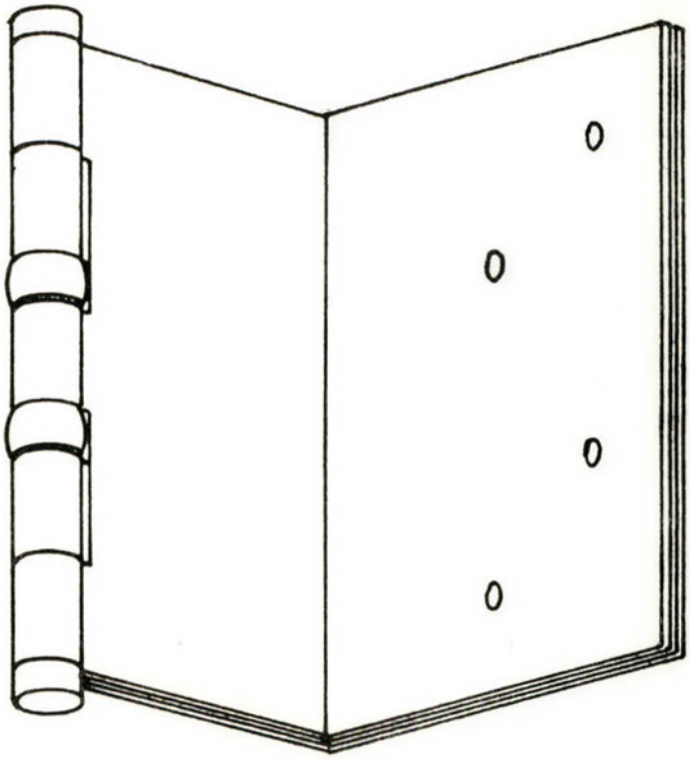
APARELHO PARA FOTOTERAPIA "EXACTA"

Indispensáveis nos berçários

PEÇA-NOS FOLHETOS

Uma organização de
âmbito nacional
para bem servi-lo

VIDROS - CRISTAIS - ESPELHOS
VITRAIS - CRISTALIQUES - REVESPEL



FERRAGENS PARA PORTAS HOSPITALARES

ENG. ALFREDO WILLER *

A idéia de se estudarem ferragens de desenho especial para portas de hospital surgiu depois da conclusão do Hospital Santa Helena em Goiânia. As portas dos quartos naquêle nosocômio haviam sido projetadas com largura suficiente para permitir a passagem de camas, de acôrdo com a nova prática de transportar o paciente no próprio leito. Para tanto, a largura das portas foi fixada em 1,10 m.. Inaugurado o hospital foi constatado, no entanto, que as camas só podiam ser retiradas através da porta com certa dificuldade. Por razões funcionais, as portas haviam sido localizadas junto à parede lateral do quarto, possibilitando portanto uma abertura de apenas 90 gráus. Em consequência, o vão útil da porta aberta ficava diminuido de 4 cm, correspondentes à espessura da fôlha aberta em 90 gráus. Quando se introduzia uma cama pelo vão, a mesma batia frequentemente contra a aresta da fôlha, danificando-a. A solução encontrada foi a utilização de uma dobradiça especial, conhecida nos EE. UU. sob a denominação de "offset hinge", (figura 1). Quando aberta, esta dobradiça coloca a fôlha com sua face interna alinhada com o batente (figura 2), desimpedindo por completo e vão da porta.

Pouco tempo depois, o I.P.H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares — formou uma comissão com o intúito de estudar êste e outros problemas relacionados com ferragens para portas de hospital. Faziam parte da mesma técnicos de diversas fábricas de ferragens, engenheiros, arquitetos, enfermeiras e outros elementos relacionados com o assunto.

A Comissão estabeleceu de início os requisitos que, ao seu ver, deveriam ser atendidos pelas portas hospitalares, a saber:

1. Abrirem e fecharem silenciosamente;

2. dispensarem o uso das mãos;

3. pararem em qualquer posição intermediária, quando assim fôr desejado;

4. quando abertas a 90°, apresentarem vão completamente livre, com a face da fôlha alinhada com o batente.

Após 6 mêses de funcionamento, a Comissão já conta com os seguintes resultados:

1. Foi confeccionado um modêlo experimental da dobradiça "offset hinge" que está pronto para ser ensaiado.

2. Para possibilitar a abertura da porta sem o uso das mãos, deixando de lado soluções mais caras, tais como o contrôle foto-

(*) Presidente da Comissão de Ferragens do I.P.H.

elétrico, etc., foi optado por um puchador fixo que permite à enfermeira usar o cotovelo ou o antebraço para abrir a porta (figura 3). Não tendo partes móveis, a peça torna-se barata e durável.

3. Para completar o puxador foi necessário projetar um novo tipo de fechadura, uma vez que o do tipo de lingueta não pode ser empregado.

No momento, está em experiência uma fechadura magnética semelhante às usadas nos últimos modelos de geladeiras. Consiste num imã permanente, embutido no batente e que mantém a porta em posição. Para abrí-la, basta empurrar ou puxar, dependendo do sentido.

Esta fechadura, caso fôr aprovada, será de custo relativamente baixo, silenciosa e de fácil manutenção, visto não ter peças móveis e o imã ser de duração indefinida.

4. Onde houver necessidade de se trancar a porta, deverá ser instalada uma tranqueta do tipo para banheiro, que pode ser aberta também do lado de fora, por meio de uma chave mestra.

De tôdas as peças descritas já foram confeccionados modelos experimentais, tratando-se atualmente da sua instalação em dois hospitais de São Paulo.

O objetivo final da Comissão é a elaboração de especificações detalhadas, que serão postas à disposição dos fabricantes de ferragens, no ensejo de preencher mais esta lacuna existente na nossa indústria hospitalar.

RESUMO

Após um breve histórico das orígens da Comissão de Ferragens para Portas Hospitalares, do IPH, o autor relata em breves palavras os resultados obtidos até o momento, pela referida Comissão.

CONCLUSÕES

As portas de hospital devem satisfazer os seguintes requisitos:

1) Abrir e fechar silenciosamente;

2) dispensar o uso das mãos;

3) parar em qualquer posição intermediária, quando assim fôr desejado;

4) quando abertas a 90°, apresentar vão completamente livre, com a face da fôlha alinhada com o batente.

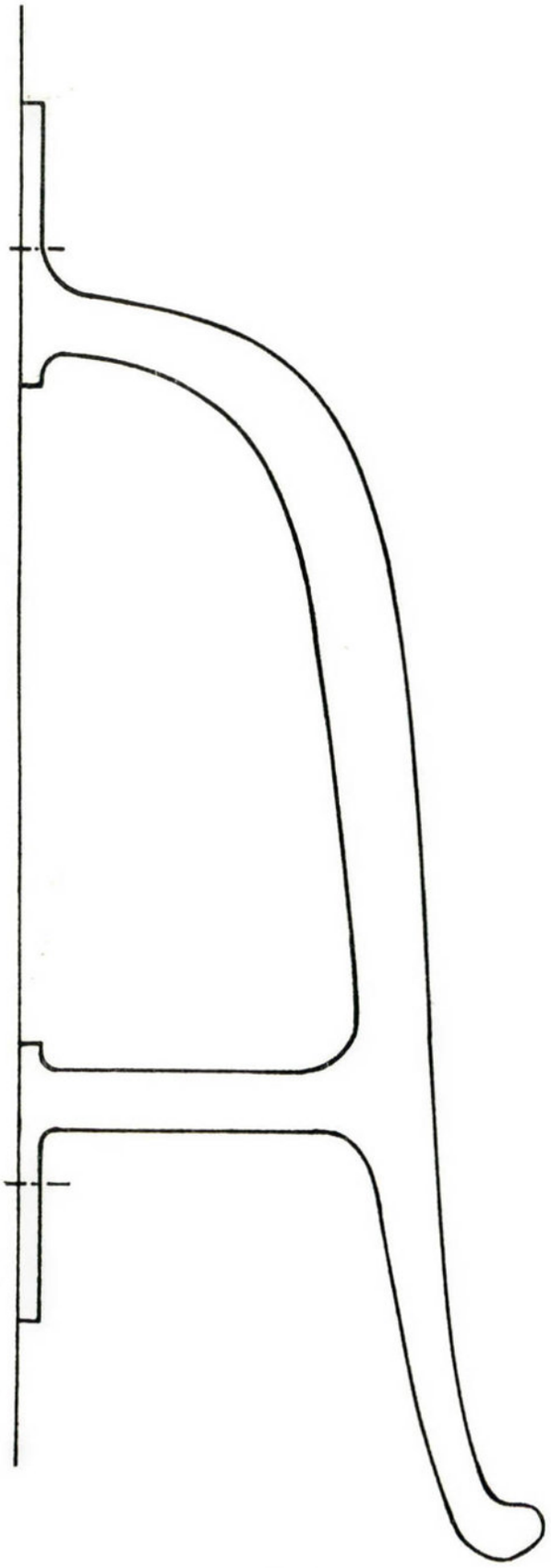


Fig. 3

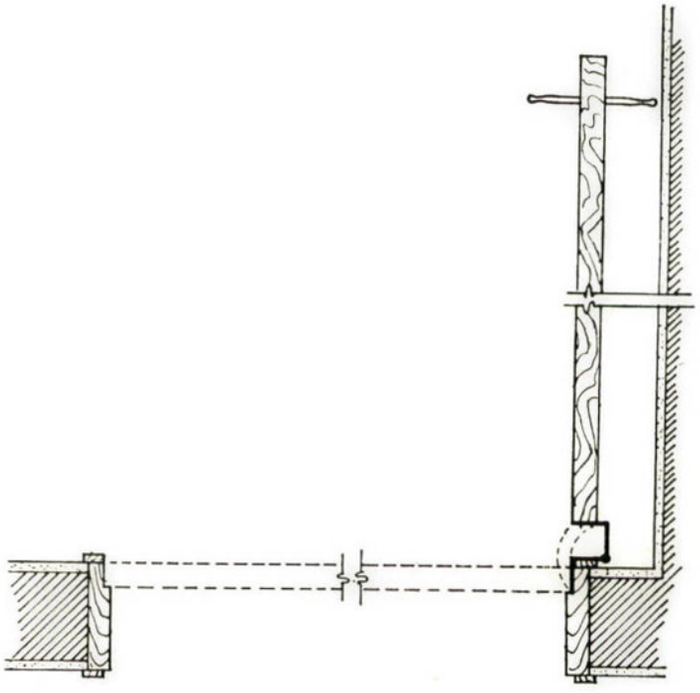
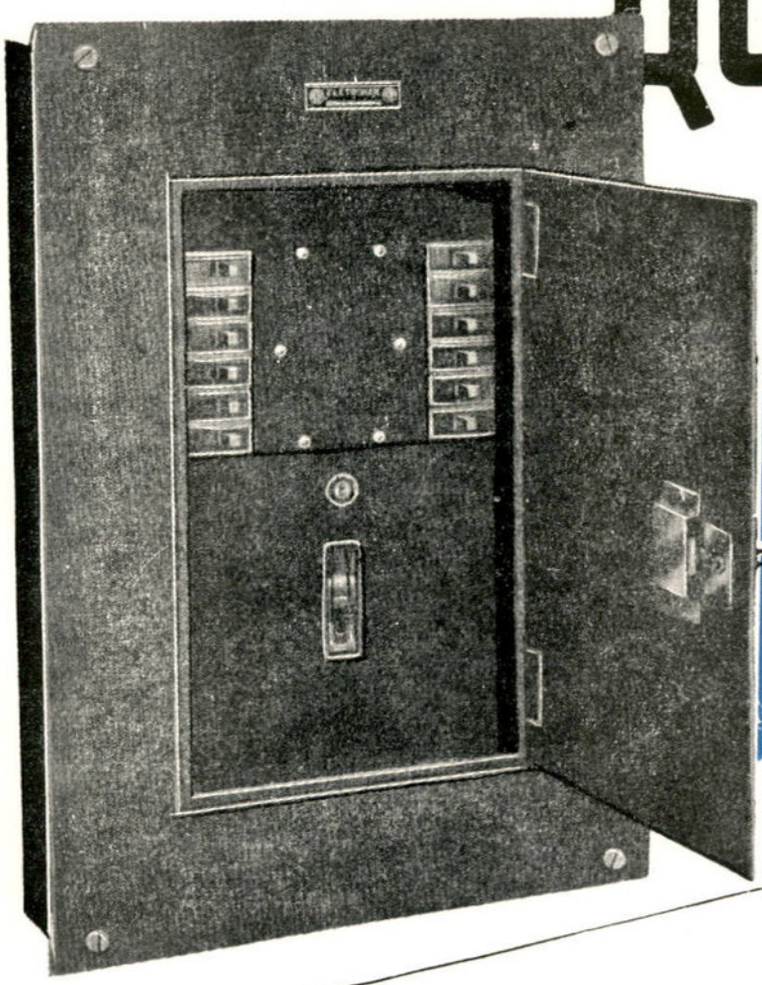
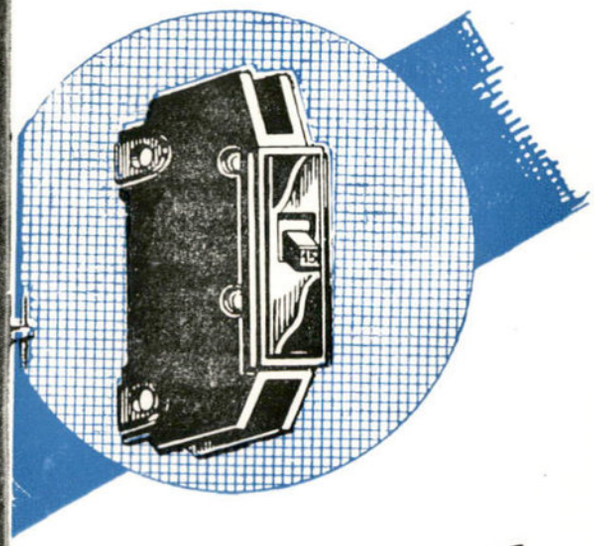


Fig. 2

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 Amperes, 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, fechadura, espêlho, 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 S.A

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

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 ruido.

★ Estas qualidades já estão firmadas pelo uso dos Móveis Cibramo em todos os hospitais do Brasil.

COMPANHIA BRASILEIRA DE MOVEIS DE AÇO

CIBRAMO

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

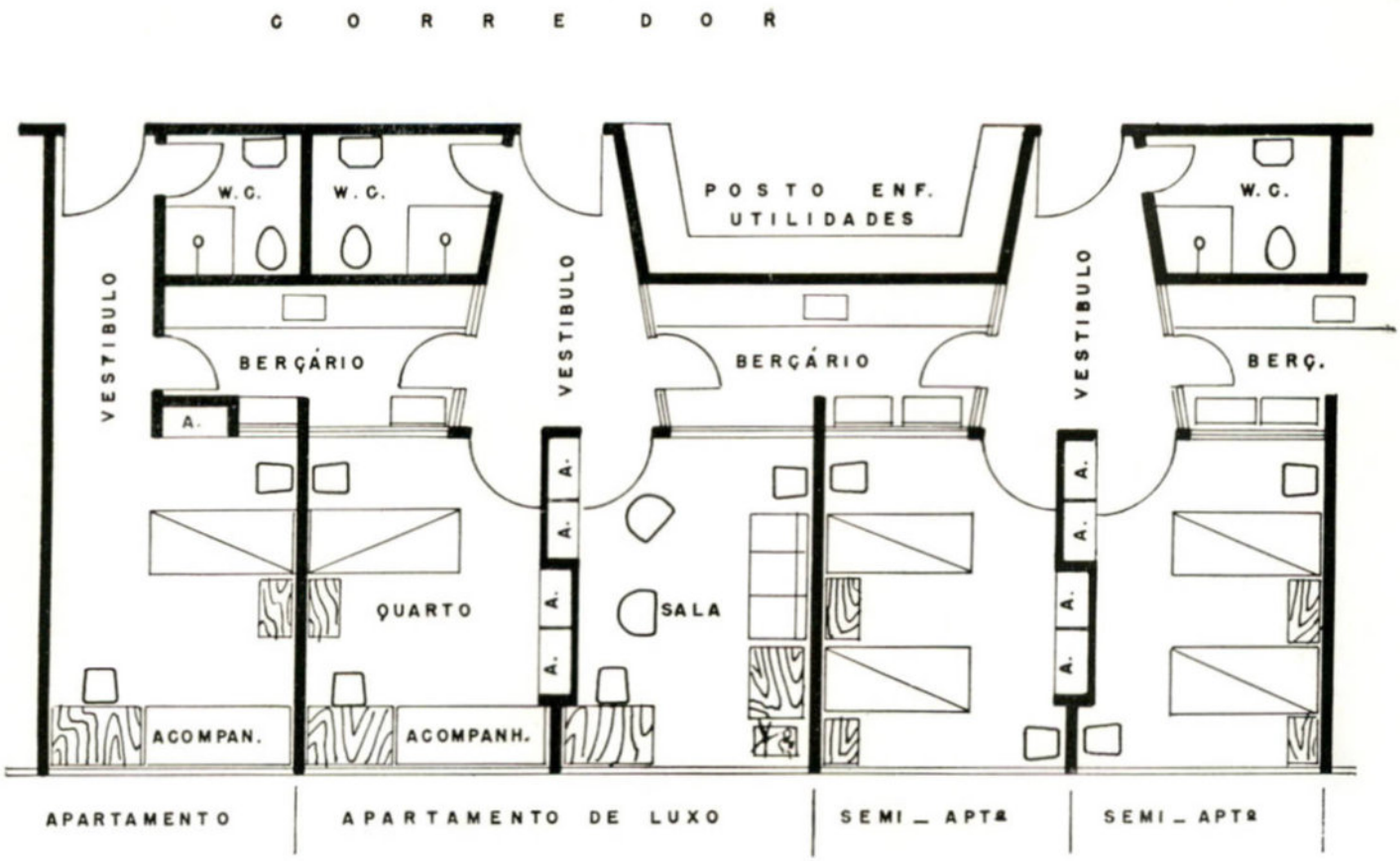
FORROS PLASTICOS

para colchões hospitalares

COSTURADOS ELETRÔNICAMENTE

- Conserva o colchão
- Fáceis de limpar
- Higiênicos
- Durabilidade garantida

PRODUTOS DE BORRACHA LIDICE LTDA.
Rua Jorge Azem, 36 - 4.° and. - s/401/404
Fones: 35-5933 e 35-5917 - São Paulo



RACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE DE ENFERMAGEM

MAKING THE NURSING UNIT MORE RATIONAL

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

O presente trabalho é um estudo parcial da unidade de enfermagem.

Foi dividido em duas partes: na primeira é feita a apresentação geral das novas concepções e das tentativas no sentido de se dar maior eficiência às unidades de enfermagem e ao trabalho de nossas enfermeiras; na segunda, é feita a analise e justificativa dos postos de serviço das unidades de enfermagem. Oportunamente, essa analise e justificativa será extendida aos demais elementos.

Os presentes estudos foram orientados sob o ponto de vista das distâncias; da economia de movimentos; da compactação da Unidade de enfermagem; do seu melhor agrupamento com relação ao pessoal; da sua maior eficiência relativamente ao serviço de enfermagem, aos equipamentos, à segurança e bem estar dos pacientes.

Naturalmente, êstes não são todos os aspectos da unidade de enfermagem, há outros ainda a considerar e que serão objeto de analise futura, quando serão estudadas as relações entre as áreas de hospitalização e de serviços; a distribuição dos pacientes segundo a gravidade de enfermidade e não por clínicas; o aspecto da contaminação em face da maior compactação, etc.

This work is only a partial study on the nursing unit. It was divided into two parts: in the first, we find the general introduction to the new trends and tentatives towards making the nursing unit as well as the work of the nurses more efficient; in the second, the analysis and justification of the nursing stations of the nursing unit. In due time, this analysis will be extended to the other elements of the hospital.

In the present study the following points were taken into consideration: the distances covered; economy of steps; making the nursing unit more compact and grouping its elements in accordance with the welfare of the personnel; efficiency of the nursing work, use of equipment and well-being and safety of the patients. Naturally, these are not the only aspects of the nursing unit; the others will be considered later on when we study the relations between the hospitalization and service areas; the distribution of patients according to the seriousness of the disease and not by clinics; the aspect of contamination in view of the more compact unit, etc.

(*) Presidente do Inst. Bras. de Desenv. e de Pesq. Hospitalares.

FIG. 2

Fig. 2 — Hospital da Sociedade Beneficiente Albert Einstein — planta da unidade-tipo do projeto apresentado em concurso. Quartos, tomando tôdas as fachadas; sanitários e serviços ao longo do corredor.

Fig. 2 — "The Albert Einstein Hospital" — one of the general floor plans of the Nursing Unit, presented at a contest. Rooms along both façades; bathrooms and services alongside of the corridor.

Fig. 3 — Estudo comparativo das densidades lineares dos hospitais: Bradford Royal Infirmary, St. Lô, Westminster, U.S. Public Health Service, Sandvikens e National Queen Square. (Studies in the Functions and Design of Hospitals — Nuffield Provincial Hospitals Trust, pg. 27).

Fig. 3 — Comparative study of the linear densities of the hospitals: Bradford Royal Infirmary, St. Lô, Westminster, U.S. Public Health Service, Sandvikens and National Queen Square. (Studies in the Functions and Design cf Hospitals Nuffield Provincial Hospitals Trust pg. 27).

I — PARTE

NOVOS CONCEITOS DE PLANEJAMENTO DE UNIDADE DE ENFERMAGEM

Entre os novos conceitos de planejamento hospitalar destacam-se os seguintes, relativamente às Unidades de Enfermagem:

1 — Compactação
2 — Densidade linear
3 — Rendimento de circulação
4 — Descentralização
5 — Enfermagem em equipe
6 — Relação funcional de nível
7 — Desenvolvimento horizontal
8 — Berçário privativo
9 — Bem estar mental
10 — Ventilação e iluminação cruzadas

1 — COMPACTAÇÃO

Nas unidades de enfermagem, diz respeito ao aproveitamento máximo da ala de hospitalização com acomodações para pacientes aliado à extensão mínima de corredores.

A compactação ideal é conseguida, destinando-se tôda a extensão das fachadas aos quartos de pacientes. Os sanitários, ao invés de serem localizados de permeio a dois quartos, encompridando inutilmente os corredores, seriam dispostos paralelamente aos corredores, entre êstes e os quartos.

O mesmo com relação aos serviços, apenas êstes ocupariam parte do corredor da unidade.

Donde se conclue: **"A eficiência da unidade é diretamente proporcional à sua densidade linear".**

I PART

NEW TRENDS IN THE PLANNING OF THE NURSING UNIT

Among the new trends in the hospital planning we can name the following concerning the Nursing Unit:

1. Making it more compact
2. Linear density
3. Circulation efficiency
4. Descentralization
5. Nursing team
6. Functional level relationship
7. Horizontal development
8. Private nursery
9. Mental well-being
10. Cross ventilation and lighting

1 — MAKING IT MORE COMPACT

Concerning the nursing unit, it means the maximum of patients accommodation in the hospitalization area and the minimum of corridor length.

This maximum consists of using the entire extension of the façade for patients'rooms.

The bath rooms instead of being located in between two rooms, thus making the corridors longer, are planned parallel to the corridors, between these and the rooms.

The same is true regarding the services, except that these would occupy only part of the corridor of the unit.

Hence the following conclusion: **"The efficiency of the unit is directly proportional to its linear density".**

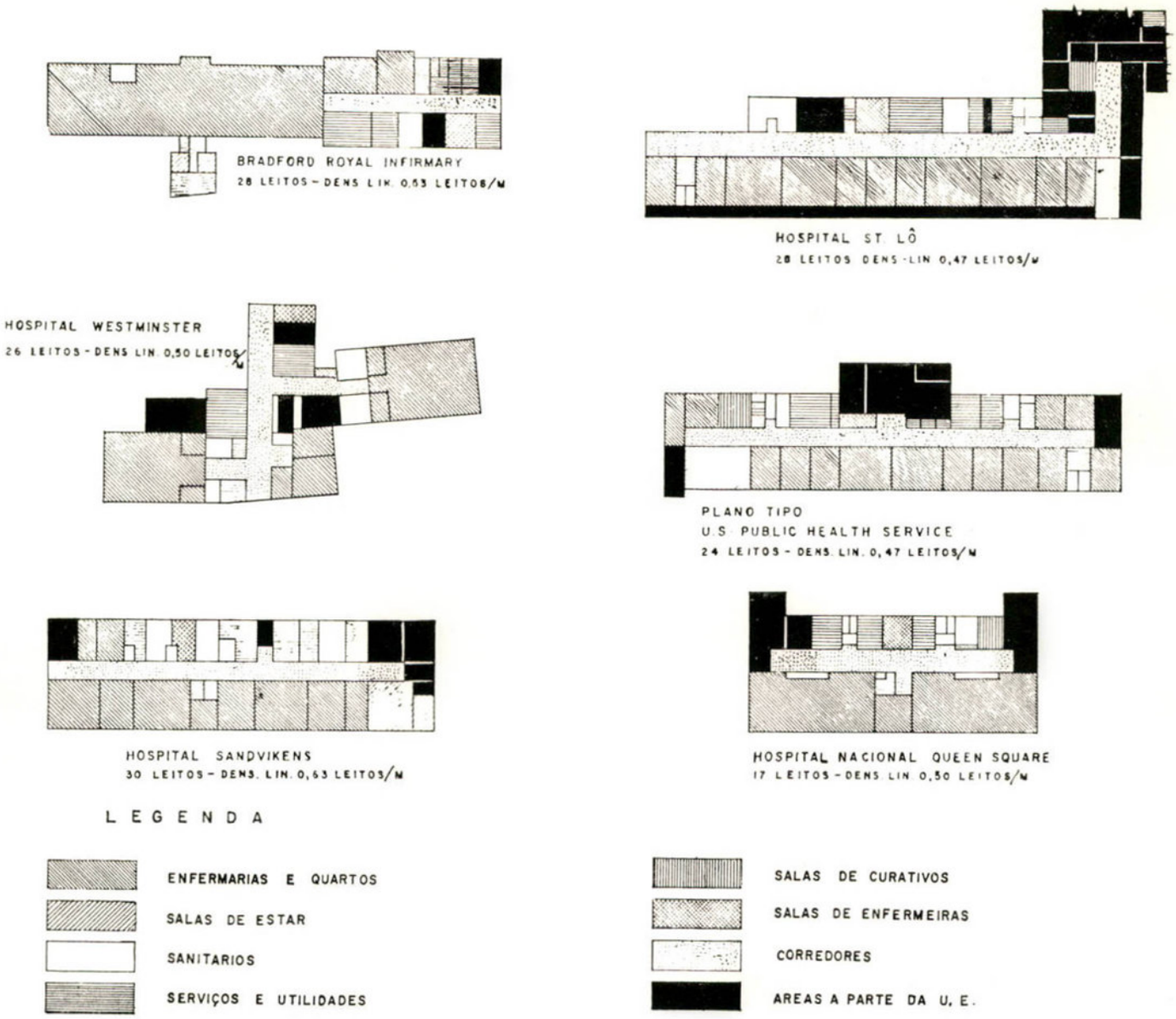


FIG. 3

2 — DENSIDADE LINEAR

É a medida da compactação da unidade; é o número de leitos por metro de corredor.

É obvio que, quanto maior a densidade linear, maior será o rendimento da unidade e menores as caminhadas, donde se conclue: **"A maior ou menor eficiência da unidade de enfermagem depende da maior ou menor ocupação de ambos os lados dos corredores por quartos de pacientes".**

A ocupação de ambas as fachadas da unidade de hospitalização só com quartos e enfermarias e a localização dos serviços no corredor permitem densidades lineares da ordem de 1,10 leitos por metro linear (Hospital Santa Mônica de Belo Horizonte, Hospital Albert Einstein de São Paulo, (Fig. 2 e 7); esta densidade é significativa, quando comparada à densidade de 0,47 leitos por metro das unidades do Serviço Americano de Saúde Pública; à de 0,63 do Sandvikens Hospital da Suécia, com três leitos por quarto e à de 0,47 do St. Lô Hospital da França, com seu sistema de corredor central. (Fig. 3)

A densidade linear diz diretamente respeito ao **rendimento de circulação.**

3 — RENDIMENTO DE CIRCULAÇÃO

A eficiência de um hospital está diretamente ligada ao rendimento da sua circulação. Todavia, é preciso estabelecer distinção entre:

a) extensão das linhas de circulação

2 — LINEAR DENSITY

It is the number of beds per corridor meter.

It is obvious that, the higher the linear density the more the unit will produce and the shorter the distances will be, hence the following conclusion: **"The efficiency of the nursing unit will be higher or lower depending on the occupancy of both sides of the corridors by patients' rooms".**

The occupancy of both sides of the corridors with rooms and wards and the location of the services in the corridor permit such linear density as 1,10 beds per linear meter (Hospital Santa Monica — Belo Horizonte), Hospital Albert Einstein, São Paulo. Fig. 2 and 7); this density is highly significant if compared with that of 0.47 beds per meter of the units of the U. S. Public Health Service; to that of 0.63 of the Sandvikens Hospital of Sweden, with three beds per room and to that of 0.47 of the St. Lo Hospital of France, with its central corridor system. (Fig. 3)

The linear density bears close relation to the circulation.

3 — CIRCULATION EFFICIENCY

The efficiency of a hospital is directly related to its circulation. However, it is necessary to make a distinction among the following:

a. extension of the circulation lines

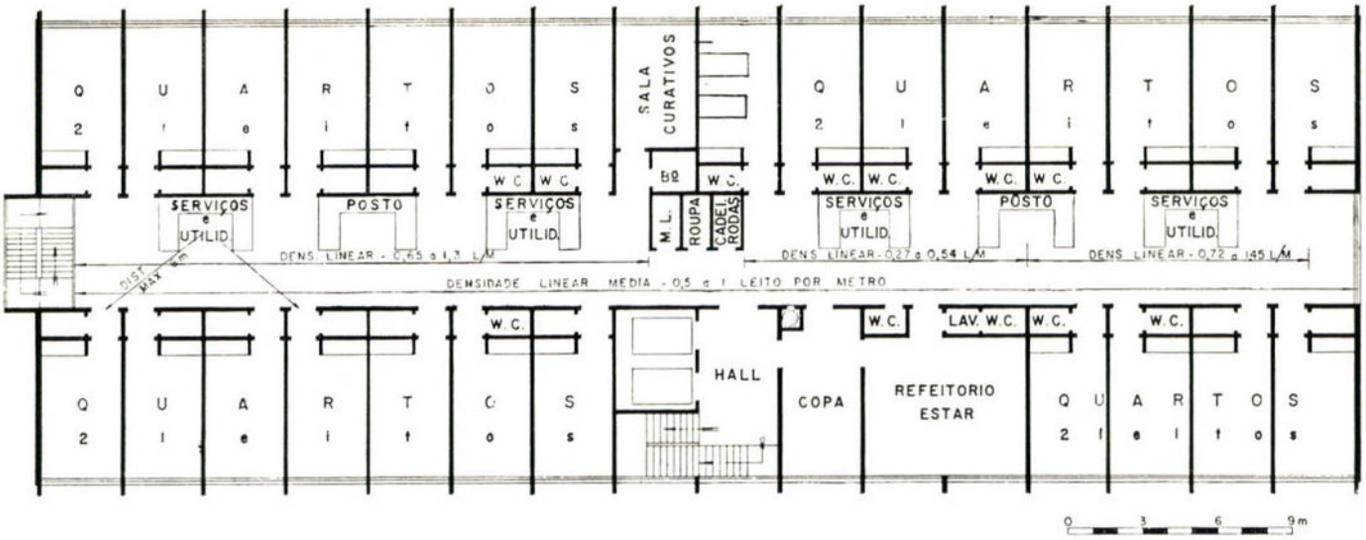


FIG. 4

b) percursos

c) frequência

Não obstante o rendimento da circulação depender dêsses três fatores, os mesmos assumem pesos diferentes em função da **categoria do caminhante** e **natureza do transporte.**

Sirva de exemplo o caso da enfermeira (ou auxiliar de enfermagem), que percebe consideràvelmente mais do que uma atendente ou servente. Como as enfermeiras são escassas em nosso meio e o serviço de enfermagem é a maior despesa do hospital (26% do orçamento total),* não há dúvida de que qualquer redução no percurso das enfermeiras redunda em maior rendimento e eficiência da unidade, mesmo sendo à custa de percursos maiores para atendentes e serventes.

É o caso dos postos descentralizados (Hospital de Clínicas de Pelotas, Dr. Francisco Simões — Rio Grande do Sul, Hospital Nossa Senhora do Carmo de S. Paulo, Hospital Modelo de Maringá, Paraná) que possibilitam percursos máximos de 6 m às enfermeiras. (Fig. 4)

A importância de se ter alto rendimento de circulação se conclue dos estudos feitos em diversos centros de pesquisas hospitalares, onde foram analisadas e comparadas entre si unidades iguais, mas diferentemente distribuidas. Assim, três das unidades estudadas tôdas com 24 leitos, apresentavam-se: a primeira unidade com quatro quartos de seis leitos, a segunda com doze quartos de dois leitos e a terceira com vinte e quatro quartos de um leito; tôdas, ocupando ambos os lados dos respectivos corredores.

Resultado: as distâncias percorridas na segunda e terceira unidades apresentaram-se 21% e 55% maiores do que na primeira.

Para o caso de distribuição das acomodações dos pacientes em um só lado do corredor, o acrescimo de percurso atinge a 100% e quando com sanitários e outros serviços interpostos, então muito mais de 100%.

Os percursos serão ainda maiores, quando acrescidos da profundidade das salas de serviços, utilidades, rouparias, etc. das unidades clássicas.

A utilização de balcões ao longo dos corredores, ladeando os postos descentralizados, elimina também essas caminhadas. (Fig. 4)

A substituição destas salas por simples balcões torna-se possível graças ao **Centro de Material e de Esterilização,** Sanitários privativos, etc.

Quando se considera que as caminhadas dentro das unidades clássicas atingem 10 km por dia, um acréscimo de 100%, por certo não deixará de afetar substancialmente a eficiência do hospital, o número de seu pessoal e o seu custo de manutenção, donde a necessidade de se levar em conta, **que "cada passo a mais pesa e custa".**

b. distances

c. frequency

Although the circulation efficiency depends on these three items, the same assume different meanings according to the walker category and nature of thing transported.

As an example, we have that of the nurse (or nurse's aid) whose pay is considerably higher than that of the aide or servant. As there is a nurse shortage in our country and the nursing service is one of the the higher expenses of the hospital (26% of the total budget),* here is no doubt that any reduction in the distances the nurses have to cover will improve the efficiency of the unit, even if it means longer distances to be covered by attendants and aides.

Such is the case of the descentralized stations (Hospital de Clinicas de Pelotas, Dr. Francisco Simões — Rio Grande do Sul, Hospital Nossa Senhora do Carmo de São Paulo), Hospital Modelo de Maringa, Paraná) which offer a maximum of 6m distance to be covered by the nurse (Fig. 4).

The importance of reducing distances is well observed by different studies made by hospital research centers, where units were compared and analyzed with the same number of beds but distributed in a different way. So in a 24 bed unit, the first unit presented four rooms with six beds, the second, twelve beds with two beds and the third, twenty four rooms with one bed; all of them, occupying both sides of the corridors.

Results: the distances to be covered in the second and third units were 21% and 55% higher than in the first one.

When the beds are planned only at one side of the corridor, the distances are enlarged 100%, and when the bathrooms and services are interspersed, much more than 100%.

be even larger when the depths of the service rooms, utility rooms, linen room, etc. of the classic units, are added.

The use of counters alongside the corridors, at the sides of the descentralized stations, also reduce distances. (Fig. 4). The substitution of these rooms by counters is made possible by the Central Supply Room, private bathrooms, etc. When we think that the distances within the classical units are of 10 Km per day, any addition of 100% will certainly influence the efficiency of the hospital, the number of its personnel, its budget, and so we must always bear in mind that **"each step weighs and costs".**

(*) Hospital de Hoje - Vol. 10 - pág. 38.

Fig. 4 — Hospital N. S. do Carmo — Andar tipo. Percurso radial máximo da enfermeira: 6 m. Densidade linear máxima: 1,45 leitos por metro de corredor, para quartos de 2 leitos.

Fig. 4 — "Hospital Nossa Senhora do Carmo" — General floor plan. Maximum radial distance covered by the nurse: 6 m. Maximum linear density: 1,45 beds per corridor meter for semi-private rooms.

Fig. 5 — Hospital de Clínicas de Pelotas Dr. Francisco Simões. Insolação e ventilação cruzadas por meio de espaços inter-andares.

Fig. 5 — "Hospital de Clínicas de Pelotas, Dr. Francisco Simões". Crossed insolation and ventilation by means of free space between floors.

Córte

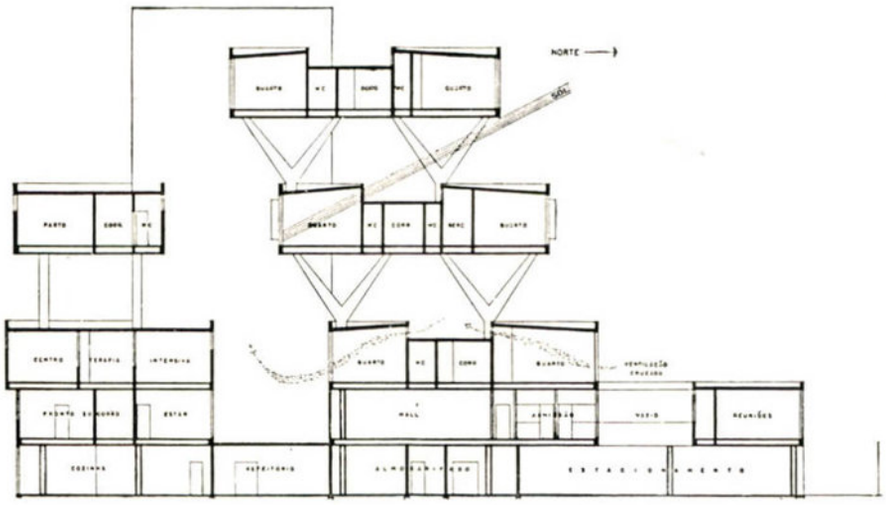


FIG. 5

4 — POSTOS DESCENTRALIZADOS

Os postos centralizados, geralmente localizados no centro de cada unidade de enfermagem, de aproximadamente 20 leitos, reunem tantas enfermeiras quantas necessárias para o padrão de assistência préestabelecido: é o sistema clássico de **Unidades de Enfermagem de Clínica Geral.**

O percurso das enfermeiras nessas unidades é **linear** e geralmente de 25 m, já que o comprimento total da unidade se avizinha de 50 metros.

As unidades com postos descentralizados permitem **Percurso Radial,** de no máximo 6 metros. Os percursos lineares — relativamente poucos — à Central de Esterilização, etc., cabem ao pessoal menos categorizado.

Nessas unidades, os Postos de Enfermagem e os Balcões de Serviço são localizados no corredor da unidade e servem, cada posto, a 8 quartos, portanto, de 8 a 16 pacientes. (Fig. 4)

Cada grupo dêsses de pacientes é confiado aos cuidados de uma **Equipe de Enfermagem** e não como clássicamente é feito, nos postos centralizados.

4 — DESCENTRALIZED STATIONS

The centralized stations, generally located in the middle of the nursing unit, of approximately 20 beds, gather as many nurses as necessary for the chosen assistance pattern: it is the classical system of the Nursing Unit of General Clinics.
The distances to be covered by the nurses in such units is **linear** and generally of 25 m, since the total length of the unit is close to 50 meters. The units with descentralized stations allow a **radial distance** of 6 m at the most.

The linear distances — relatively very few — to the Central Sterilization, etc., are covered by less important personnel. In these units, the Nurses' Station and the Service counter are located in the unit corridor and each station renders service to from 8 to 16 patients. (Fig. 4) Each group of patients is entrusted to a **team of Nurses** not in the classical manner as it is done with the centralized stations.

5 — EQUIPE DE ENFERMAGEM

Por êsse sistema, um certo grupo de pacientes é assistido por uma equipe de enfermagem.

Essa equipe pode variar de 2 a 4 elementos, geralmente uma enfermeira, uma aluna de enfermagem e uma atendente, para 16 pacientes.

A enfermeira, todavia, em vista da escassez de pessoal de enfermagem e do advento do **Centro de Terapia Intensiva,** poderá ser substituida, em postos alternados, ou mesmo mais postos, por auxiliares de enfermagem.

Êsse método supera o **método de tarefa especificas,** a cargo de varias pessoas, principalmente considerados os aspectos psicológico, médico, emocional e de necessidades físicas do paciente. A assistência deixa de ser **impessoal,** quando dada sempre pela mesma enfermeira, poupando ao paciente preocupações, medo e angustia, além de favorecer a sua recuperação.

A assistencia a um pequeno número de pacientes, por uma equipe de enfermagem, com postos descentralizados, cria subunidades dentro de uma unidade grande, a **Unidade de Enfermagem Administrativa.**

As funções administrativas são práticamente as mesmas em unidades grandes ou pequenas, podendo ser exercidas pela enfermeira do andar, ou conforme o caso, por uma secretaria; a centra-

5 — NURSING TEAM

By this system, a certain group of patients is attended by a team of nurses.

This team may vary from 2 to 4 elements, generally one nurse, one student and one attendant, for every 16 patients. The nurse, however, having in view the nursing shortage and the creation of the **Intensive Therapy Center,** can be replaced, in alternate stations, and even in more stations, by nurses' aides.

This method surpasses that called **the specific tasks method,** entrusted to several people, chiefly if we consider the aspects of the psychological, medical, emotional and physical needs of the patients. The assistance is more personnel if always rendered by the same nurse, thus reducing the worries, fear and anguish of the patient, and favoring his cure. The assistance to a reduced number of patients, rendered by a nursing team, scattered by descentralized stations, originates small units within a big unit, the **Administrative Nursing Unit.**

The administrative functions are practically the same whether it is a large or a small unit, and can be done by the floor nurse or, according to the case, by a secretary; the administrative cen-

lização administrativa da unidade de enfermagem, além de poupar o tempo das enfermeiras para os cuidados de cabeceira, enseja economia em pessoal, pela flexibilidade de recorrer às atendentes, etc., quando e onde mais necessário.

6 — RELAÇÃO FUNCIONAL DE NÍVEL

A relação funcional de nível é obtida pelo **agrupamento horizontal dos serviços e departamentos afins.**

Inúmeras são as interligações que exigem continuidade de piso; a estrita observância dessas relações funcionais de nível é que determina o **desenvolvimento horizontal dos hospitais.**

Servem de exemplo a necessidade de disposição, em um mesmo nível, das acomodações para gestantes, bloco de parto, puérperas e recém-nascidos.

7 — DESENVOLVIMENTO HORIZONTAL

A sub-divisão da unidade de enfermagem administrativa grande em pequenas Unidades de Enfermagem Clínicas cria grande número de **pequenas clínicas distintas.**

Em consequência da disposição compacta da Unidade de Enfermagem e sua alta densidade linear, todos os quartos de pacientes ficam adjacentes uns aos outros, o que enseja, além da continuidade física, continuidade de função, resultando em grande **Flexibilidade de Uso.**

Flexibilidade essa que permite que qualquer quarto seja incorporado a qualquer clínica adjacente, fato que não ocorre nos planejamentos com clínicas delimitadas ou escalonadas por andares.

O máximo de flexibilidade, naturalmente, resulta da justaposição de tôdas as unidades de enfermagem de um determinado nosocômio. **É a disposição, em um mesmo e único piso, de todos os quartos e enfermarias.**

Devendo, ainda, pelo princípio da relação funcional de nível, o bloco de parto ficar em nível com a maternidade, e o bloco cirúrgico com a clínica cirurgica, depreende-se a necessidade de, práticamente, todo o hospital se desenvolver horizontalmente, pois, conjuntos tais como o Centro de Terapia Intensiva, Central de Esterilização, etc., guardam estreita relação com aqueles blocos e a êles devem ficar contiguos. (Hospital Maria Auxiliadora de Goiania e Hospital S. Domingos de Uberaba). (Fig. 6)

Conclue-se, portanto, pela

"Ineficiência do desenvolvimento vertical arbitrário de hospitais".

8 — BERÇÁRIOS PRIVATIVOS

Dada a necessidade de não serem rompidos os laços naturais de ligação mãe-filhos e filhos-mãe, os quartos de maternidade devem integrar-se no sistema **"rooming-in".**

Uma maneira simples de dotar cada quarto de uma pequena sala, envidraçada, para o recém-nascido, sem, contudo, encarecer a instalação ou a manutenção, é dispor o berçário paralelo ao corredor, dando-lhe um formato, estreito e comprido (Hospital São Domingos de Uberaba, Hospital 9 de Julho de São Paulo). (Fig. 1)

9 — BEM ESTAR MENTAL

Para o bem estar mental dos pacientes hospitalizados, contribuem:

1 — **Silêncio:** 32 db para os quartos e 40 db para as áreas de serviço.* Para que êsses níveis sejam atingidos, necessário se torna, entre outras medidas, a observância das seguintes:

a) corredores com largura variavel, para fugir ao habitual paralelismo, que age como tubo acústico, na propagação dos ruidos;

b) W.C. entre os quartos e o corredor, servindo de barreira acústica, contra os ruidos do corredor;

tralization of the nursing unit, besides saving the nurses' time for the bedside care, also results in economy of personnel, because it is possible to appeal to the atendants when and where more necessary.

6 — FUNCTIONAL LEVEL RELATIONSHIP

This is obtained through the **horizontal grouping of the related services and departments.** There are several interrelated activities which must be carried on on the same floor; the observation of these functional level relationships will determine the **horizontal development of the hospitals.**

As an example, we can name the advantages of having located on just one floor all of the maternity block, expectant patients' rooms, delivery suite, post-delivery patient and new born.

7 — HORIZONTAL DEVELOPMENT

The division of the big administrative unit into small clinical nursing units originates a great number of separate small clinics.

As a result of the compact disposition of the Nursing Unit and of its high linear density, all patients' rooms are adjacent to one another, and this propitiates, besides the physical contiguity, also functional contiguity, resulting in a greater **flexibility of usage.**

This flexibility permits any room to be incorporated to any adjacent clinic, which is not possible in such planning when the clinics are limited or spread out through different floors.

The maximum of flexibility, naturally, is a result of the justaposition of all nursing units of a given hospital.
It is the disposition, on the same and only floor, of all rooms and wards.

By this principle, all the delivery suite must be in the same floor of the maternity, and the surgery suite with the surgical clinic, so we can observe the necessity of the horizontal development, since such blocks as those of the Intensive Therapy Center, Central Sterilization, etc. are closely related to those blocks and must be next to them. (Hospital Maria Auxiliadora de Goiania e Hospital São Domingos de Uberaba (Fig. 6).

As a conclusion, we notice the **"inefficiency of the arbitrary vertical development of the hospitals".**

8 — PRIVATE NURSERY

Considering the necessity of preserving the ties of mother-child and child-mother, all maternity rooms must be integrated into the system of "rooming-in".

A simple way of planning each room with a small room, with a big window, for the new-born, without making the installation or maintenance more expensive, is that of disposing the nursery parallel to the corridor, making it long and narrow (hospital São Domingos de Uberaba, Hospital 9 de Julho de São Paulo (Fig. 1).

9 — MENTAL WELL-BEING

Having in view the patient's mental well-being we must have:

1 — **Silence:** 32 db for the rooms and 40 db for the service areas.* In order to get these figures we must observe among others the following items:

a) corridors with changing width, without parallel sides, so as to avoid the accoustical tube for diffusion of noises;

b) The bathrooms in between the corridors and the rooms make an accoustical barrier to the corridor noises;

(*) Rev. Hospital de Hoje — Vol. 6 pg. 32

c) ante-câmara na entrada dos quartos e portas duplas;

d) revestimento com material acústico de fôrros de corredor, ante-câmaras, áreas de serviço, etc.;

e) pisos flutuantes e com revestimento plástico anti-sonoro;

f) elevadores, escadas e rampas dando para vestibulos fechados, acústicamente isolados, a fim de não introduzir ruidos nas unidades de enfermagem;

g) copas fora do corredor da unidade de enfermagem, ou, quando dentro, com portas duplas;

h) ferragens especiais, dobradiças de recolher a fôlha de porta, molas tipo Dictator, etc.

2 — **Postos descentralizados,** que ensejam:

a) agrupamento dos quartos de pacientes junto aos postos de serviços, possibilitando pronta assistência, dentro de um raio de 6 m;

b) o paciente é atendido sempre pela mesma enfermeira, cujo nome conhece desde a admissão e que, por sua vez, sabe o seu nome e tôda a sua história clinica;

c) dispensa o frio e oneroso serviço de interfônes;

d) satisfação para a enfermeira e estudante de enfermagem, pela responsabilidade por um definido setor (8 quartos de 1 ou de 2 leitos);

e) efetiva assistência de cabeceira, sem necessidade de preocupações outras, como: esterilização de seringas, escriturações, etc.

3 — **Quartos:**

a) quartos de um e, no máximo, de 2 leitos resultam no bem estar do paciente (vêr conclusões do Congresso de Lucerna)* A tendência é de tornar cada vez mais privativas as acomodações de pagantes, para que o confôrto e os serviços não sejam inferiores aos dos melhores hoteis e estações de repouso;

b) a dotação do maior número possivel de sanitários individuais é outro fator de bem estar, e concorre para as medidas necessárias para evitar ferir os hábitos dos pacientes e reduzir ao minimo os estados de constrangimentos;

c) ante-chamber at the room entrance and also double doors;

d) accoustical treatment of corridor ceilings, ante-chambers, service areas, floors, etc.

e) non-sounding floors, plastics, etc.

f) elevators, stairs and ramps opening into closed halls, accoustically isolated, so as not to introduce noises into the nursing unit;

g) pantries out of the corridor of the nursing unit, or, when inside, with double doors;

h) special hardware, offset door hinges, Dictator type springs, etc.

2 — **Descentralized station,** which makes possible:

a) grouping the patients' room next to the service station, thus rendering prompt assistance, within a 6m radius;

b) the patient is always attended by the same nurse, whose acquaintance he made upon admission, and who also knows him and his clinical history;

c) does without the cold and expensive interphone system;

d) it pleases both the nurse and the nursing student, by the responsibility over a definite section (8 rooms of 1 or 2 beds);

e) effective bedside assistance, avoiding needless responsibilites such as: syringe sterilization, writing, etc.

3 — **Rooms**

a) rooms of one and, at the most, of two beds result in the well being of the patient (see conclusions of the Lucerna Congress.* The tendency is to make the acommodations for the paying patients increasingly more private, to equal in comfort and services those of the best hotels and health resorts;

b) the largest number possible of private bathrooms is another item for the well-being, and contributes towards making the patient feel at home and reducing embarrasment to a minimum;

(*) Revista "Hospital de Hoje" vol. 2.

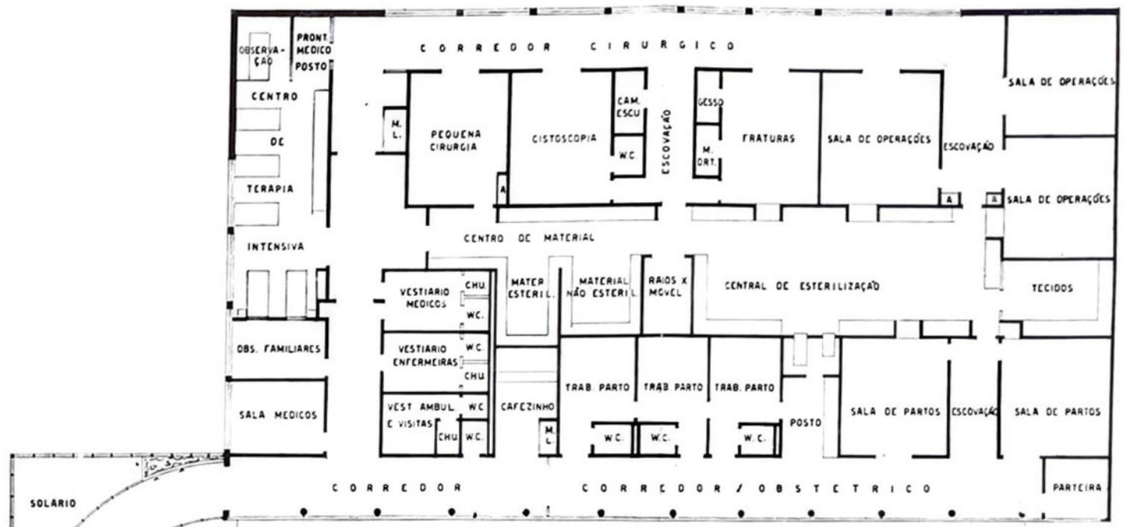


Fig. 6 — Hospital São Domigos de Uberaba. Andar de Hospitalização guardando relação de nivel com os blocos cirurgico e obstétrico. Berçários privativo.

Fig. 6 — "Hospital São Domingos of Uberaba". Nursing Units at the same floor of the Surgical and Obstetrical Units. Rooming-in.

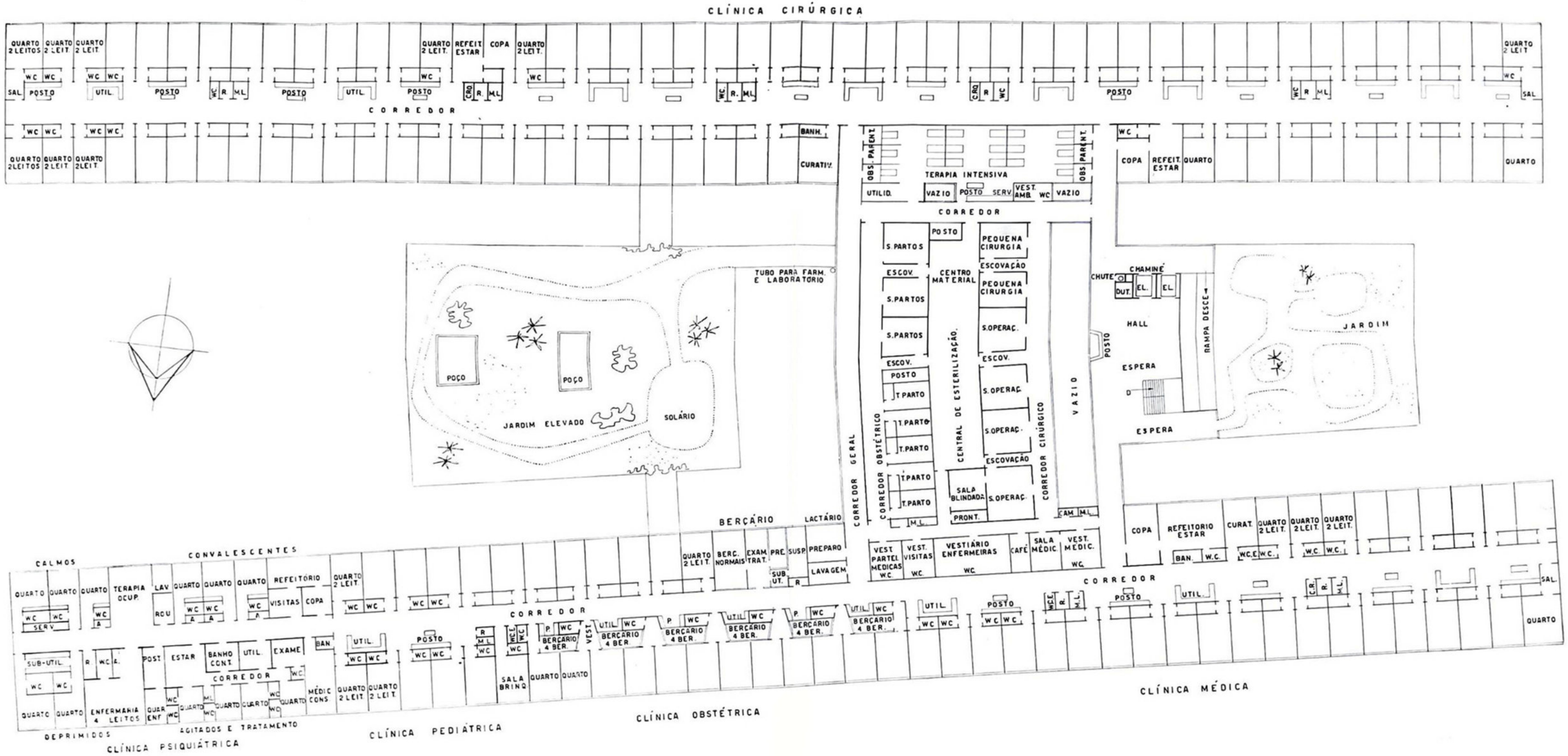


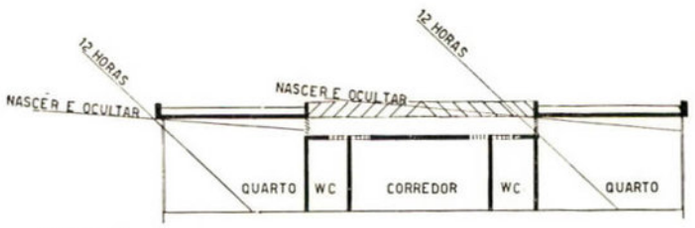
Fig. 7 — Hospital Santa Mônica de Belo Horizonte — Projéto apresentado em concurso. Hospital com acentuado desenvolvimento horizontal: 320 leitos em um só piso, guardando relações de nível com o Centro de Terapia Intensiva e o conjunto Obstétrico e Cirúrgico. Quartos todos contíguos ensejando flexibilidade às diversas clínicas e possibilitando a hospitalização dos pacientes, segundo o critério de gravidade de enfermidade. Ala para hosptalização de doentes mentais agudos.

Fig. 7 — "Hospital Santa Monica de Belo Horizonte" — Drawings presented at a contest. Hospital with definite horizontal development: 320 beds in just one floor keeping level relationship with the Intensive Therapy Center and the Obstetrical and Surgical Units.
All rooms are adjacent, allowing great flexibility to the different clinics and also its use for the hospitalization of patients according to the seriousness of the desease. Psychiatric unit for the acute mental patients.

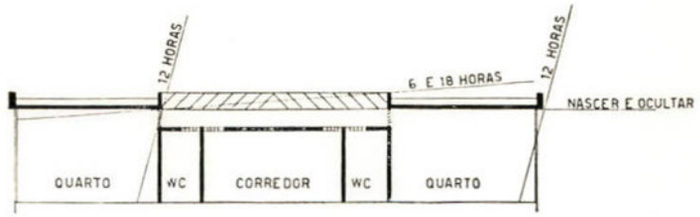
Fig. 8 — Insolação cruzada no inverno e no verão. Ventilação cruzada. Quartos em faces opostas, beneficiando-se, simultâneamente, da orientação Norte e Sul.

Fig. 8 — Hospital Santa Monica" — Crossed insolation both in Winter and Summer.

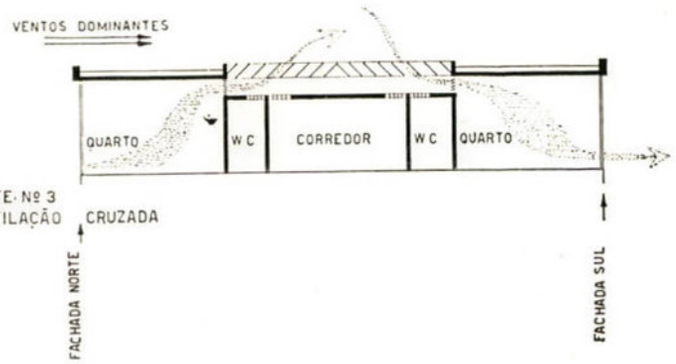
Crossed ventilation. Rooms located at opposite façades enjoying simultaneously of the North and South exposure.



CORTE Nº 1
INSOLAÇÃO VERTICAL
SOLSTÍCIO DE INVERNO



CORTE Nº 2
INSOLAÇÃO VERTICAL
SOLSTICIO DE VERÃO



CORTE Nº 3
VENTILAÇÃO CRUZADA

c) aspecto de lar criado pelo arranjo interno, tanto dos quartos como de outras partes do hospital. O aspecto novo dos corredores, colorido e variado, concorre para dissipar o conceito clássico dos corredores frios e angustiantes, com sua sucessão uniforme de portas.

4 — **Deambulação precoce,** que requer:

a) peitoris envidraçados para a tonificante e psicológica vista externa, mesmo quando a cama do paciente estiver em posição doméstica (camas mecânicas ou motorizadas, (Hospital São Domingos de Uberaba);

b) sanitários privativos, ensejando o abandono do leito e seu uso pelo próprio paciente, com redução de 2/3 na provisão de comadres, com real benefício ao serviço de enfermagem;

c) salas de estar e refeições no andar, para atender à procura aumentada, de 50%, em média.

5 — **Rooming-in:**

Importante pelas suas consequências com relação à mãe e ao filho.

6 — **Acompanhantes e visitas:**

Dentro do espírito de humanização dos hospitais, enquadram-se:

a) **Acompanhantes em salas de operações e partos** — Para o que são necessários vestiários próprios.

b) **Acompanhantes do Centro de Terapia Intensiva** — Que devem dispor de visores junto aos respectivos internados.

c) **Acompanhantes de Ambulatório** — Vestiário próprio (em caso de amigdalectomias etc.)

c) home-like atmosphere, not only of the rooms but also of the whole hospital.

The "new look" of the corridors, colorful and varied, contributes to dissipate the classic concept of cold and unpleasant corridors, with it succession of doors.

4 — **Early deambulation which requires:**

a) glass panes to enable the outside view even when the bed of the patient is in the domestic position (mechanical or motorized beds Hospital São Domingos de Uberaba);

b) private bathrooms, favoring the getting-up of the patient from the bed, with a 2/3 reduction on the use of bedpans, with a great benefit to the nursing work;

c) living rooms and dining rooms on the floor, attend the increased demand of 50% in average.

5 — **Rooming-in;**

Very important for its influence on the relation mother-child.

6 — **Company and visitors:**

Within the spirit of humanizing the hospitals, we find:

a) **Company in the operating and delivery rooms —** for this adequate dress rooms are required

b) **Company at the Intensive Therapy Center —** There must be window panes close to the patients.

c) **Company at the Out-patient Department** — Requires its own dressing-room (in such cases as Tonsilectomy).

10 — VENTILAÇÃO E ILUMINAÇÃO

a) Último pavimento:

Quando tôdas as unidades de enfermagem forem localizadas em um mesmo piso, caberá sempre ao andar de hospitalização o pavimento sob o telhado, fato que enseja ventilação cruzada e insolação em duas faces opostas, graças às janelas verticais acima do fôrro rebaixado do corredor da unidade. A grande vantagem que êsse sistema apresenta é permitir aos quartos, faceando quadrante desvantajoso (Sul, por exemplo), gosarem os benefícios da insolação e ventilação do quadrante oposto (Norte). O sistema enseja ampla regulagem das condições de luz, sol e ventilação, individualmente e sem qualquer dispositivo mecânico dispendioso, a todos os quartos de ambas as faces, inclusive aos postos e serviços localizados no corredor da unidade. A maior vantagem, todavia, do sistema de insolação por janelas opostas está em poderem os quartos ser livremente dispostos de ambos os lados do corredor, sem desvantagem quanto à insolação (Hospital Santa Luiza, de Goiania, Hospital São Domingos de Uberaba). (Fig. 8)

b) Pavimento intermediário:

Quando o sistema descentralizado fôr usado em prédio com unidade de hospitalização em mais de um piso, a ventilação cruzada dos quartos de ambas as faces, sanitários, postos e serviços de corredores central, é feita por intermédio de um andar intermediário. Êsse espaço livre inter-andares (4 m no Hospital de Pelotas, 1 m no Hospital N. S. do Carmo) enseja também, passagem de canos, dutos, etc., instalação de unidades individuais de ar condicionado, caixas de persianas e pronto acesso aos encanamentos para reparos e extensões. (Fig. 5 e 9)

(continua)

10 — VENTILATION AND LIGHTING

a) Last floor:

When all nursing units are located on the same floor, the hospitalization floor will always be under the roof. This will permit crossed ventilation and insolation on opposite façades, thanks to the vertical windows above the lowered ceiling of the unit corridor. The great advantage of this system is to permit good insolation and ventilation to all rooms, regardless of its orientation toward North or South. This system permits good control of such conditions as: light, sun and ventilation, individually and without any expensive apparatus, to rooms located on both sides, including to the station and services located on the corridor of the unit. The biggest advantage, however, of the system of insolation by opposite windows lies in that rooms can be planned on both sides of the corridor, without any disadvantage regarding insolation (Hospital Santa Luiza, de Goiania, Hospital São Domingos de Uberaba (Fig. 8).

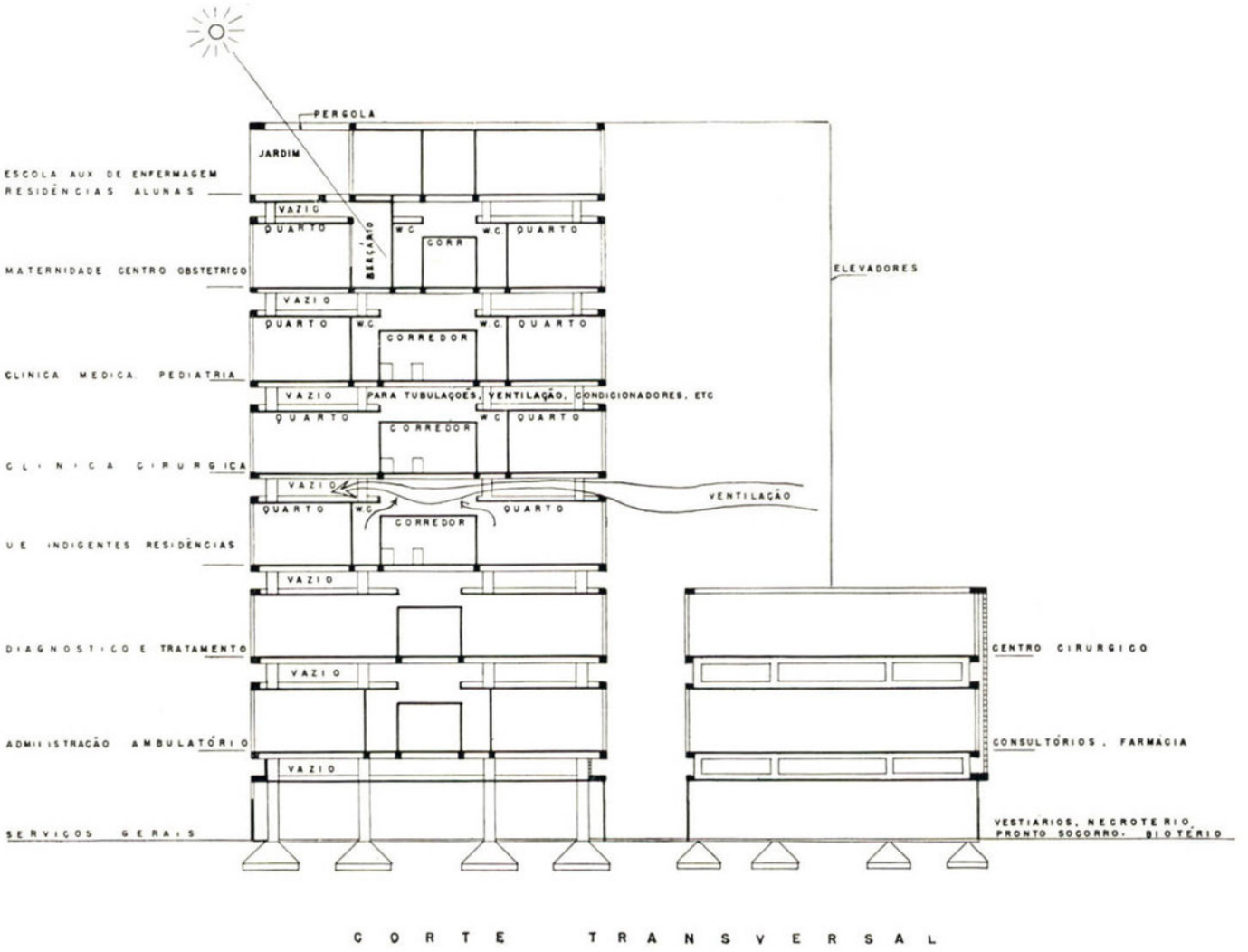
b) Intermediary floor

When the descentralized system is used in a building with the hospitalization unit spread out by different floors, the crossed ventilation of the rooms on both sides, bathrooms and service stations of the central corridor is done by means of an intermidiary floor. This open space in between floors (4m at the Pelotas Hospital, and 1m at the N. S. do Carmo Hospital) also makes possible provision for pipes, ductes, etc. instalation of individual units for air conditioning, venetian blinds and pipes. (Fig. 5 and 9).

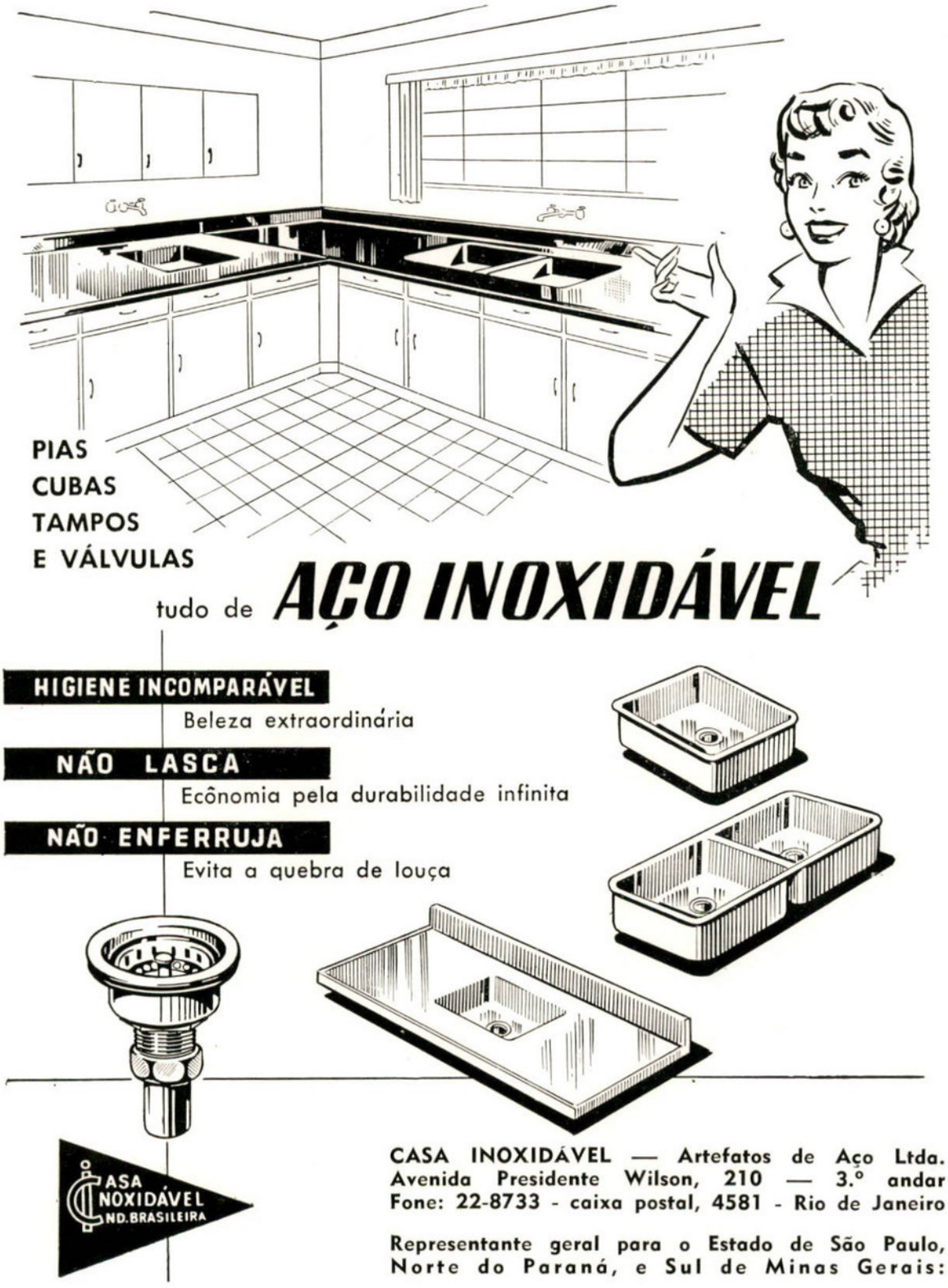
(continued)

Fig. 9 — Hospital Albert Einstein. Espaço inter-andares para ventilação cruzada.

Fig. 9 — "Hospital Albert Eistein". Free space between floors to assure cross ventilation.



NOS HOSPITAIS MODERNOS



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 KANTHAL LTDA.

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

PRODUTOS

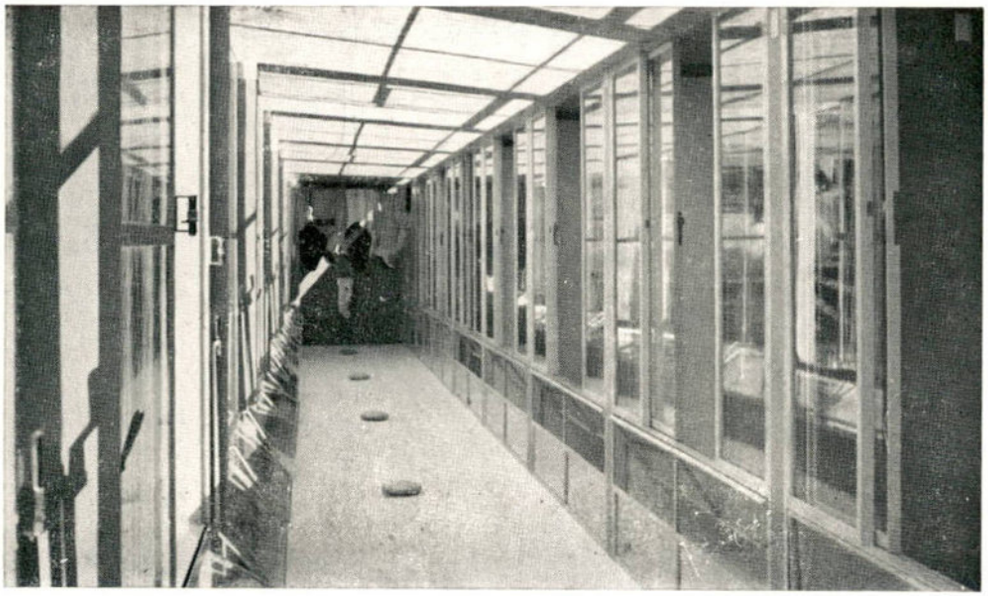
PISOS PLÁSTICOS

REVESTIMENTOS PARA PISOS HOSPITALARES

TERMO-PLÁSTICO — MONOLÍTICO

ISOLANTE ACÚSTICO — ISOLANTE ELÉTRICO

SUBSTITUI COM VANTAGEM OS LINÓLEOS



Hospital São Domingos de Uberaba

VERNIZ SINTÉTICO PARA PISOS

FACILITA A LIMPEZA E A CONSERVAÇÃO

IMPEDE A FIXAÇÃO DA SUJEIRA

ELIMINA AS MANCHAS DE LÍQUIDOS

DISPENSA O USO DA PALHA DE AÇO

RESISTE A ÁCIDOS E AO FOGO

ECONOMIZA CÊRA

POLIPLAST

PAREDES

PINTURA EM PLÁSTICO

GRANDE VARIEDADE DE CÔRES

APLICAÇÃO INODORA

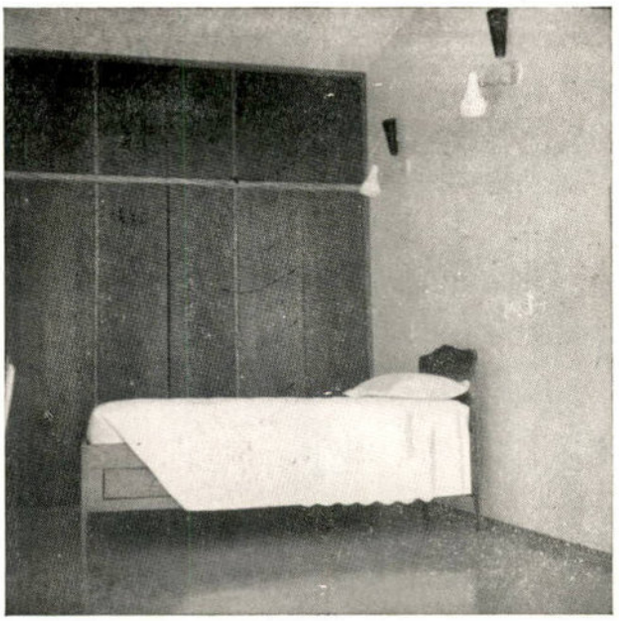
ÓTIMA RESISTÊNCIA AO ATRITO

CONSERVAÇÃO FACÍLIMA

LAVÁVEL

VIDROPLAST

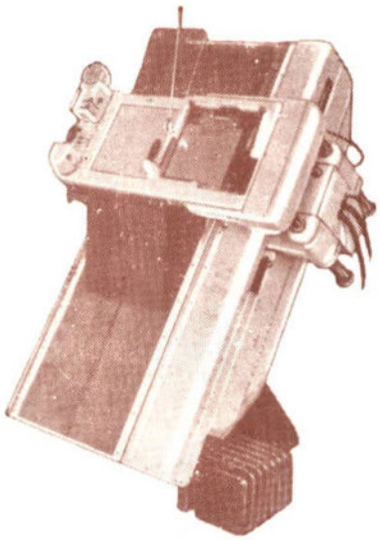
REVESTIMENTO DE PAREDES MONOLÍTICO, COM ACABAMENTO VITRIFICADO — GRANDE VARIEDADE DE CÔRES; ÓTIMA RESISTÊNCIA AO ATRITO LAVÁVEL — RESISTENTE A ÁCIDOS, GRAXAS E PRODUTOS FARMACEUTICOS — ESPECIAL PARA COREDORES, HALLS, COPAS E LABORATÓRIOS



ROLF E. WAGNER

RUA CATEQUESE, 92 — SÃO PAULO

TELEFONES PARA RECADOS: 80-2069 E 80-9054



SIEMENS

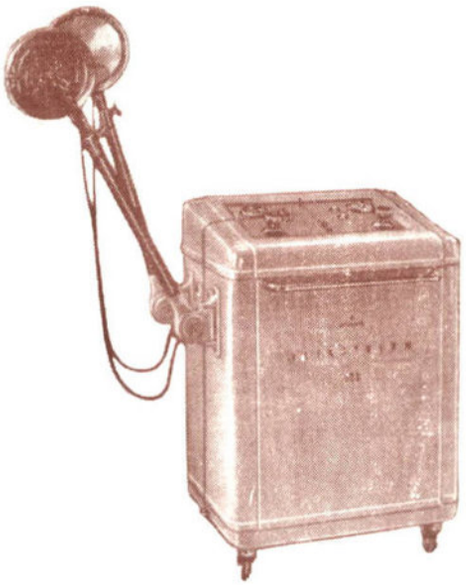
Tradição de qualidade

APARELHOS DE RAIOS-X:
de Diagnósticos e Terapia.

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

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

TODO EQUIPAMENTO HOSPITALAR! GABINETES DENTÁRIOS!



CASA LOHNER S. A.

MÉDICO-TÉCNICA

Rua São Bento, 220 — Fone: 33-2175
Telegr.: "Renol" — São Paulo
Matriz: Rio — Av. Rio Branco, 133
Filiais e Agências: São Paulo, Londrina, Presidente Prudente, Baurú, Ribeirão Prêto, Uberaba, Goiânia, Pôrto Alegre, Blumenau, Curitiba, Belo Horizonte, Varginha, Vitória, Salvador, Maceió, Recife, Fortaleza, São Luiz, Belém e Manáus.

PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DE HOSPITAIS

ESQUEMA DA MANUTENÇÃO, A EXPERIÊNCIA NO I. A. P. I. E NO HOSPITAL SULAMÉRICA

JOSÉ ANNIBAL SILVA — Eng.º

RESUMO:

1 — CONSIDERAÇÕES GERAIS

Equipes de profissionais.
Elementos de Planejamento e Anteprojeto.
Projetos — Organização Funcional — Implantação.
Coordenação Geral do Investimento Hospitalar.

2 — CADERNO DE ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO.

3 — ESQUEMA DA MANUTENÇÃO.

Finalidades — Estrutura — Objetivos.
Previsão de Meios — Funcionamento.
Localização e Espaço.
Pessoal e Material.
Rotinas.

4 — CONCLUSÕES.

5 — BIBLIOGRAFIA.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A oportunidade que temos tido de atuar no campo da Engenharia Humana na instalação de Postos de Assistência do IAPI e na construção e organização do Hospital Sulamérica da Instituição Larragoiti, deu-nos o ensejo de esboçar êste informativo, que traduz o nosso interêsse pela técnica hospitalar e ainda uma sugestão sôbre equipes de profissionais especializados para o estudo racional de ambulatórios (unidades isoladas) e hospitais.

Somos de opinião que qualquer iniciativa para a "instalação de serviços de assistência médica" deverá enquadrar-se em estudos elaborados por especialistas em técnica hospitalar, no sentido de se chegar à solução definitiva e funcional dos projetos. Aos técnicos que recebem a tarefa de reunir ou coordenar os estudos de tal natureza, conclamamos para a prévia exigência de um plano das diretrizes do investimento com os pontos básicos para o anteprojeto funcional. Isso trará o aperfeiçoamento dos projetos, de sua execução e evitará o volume de futuras adaptações.

O plano das diretrizes que, entre outras, definirá a capacidade de leitos e o tipo do Hospital englobará estudos preliminares de:

Aspectos legais, Recursos e política do empreendimento.

Climatologia e Bio-estatística.

Condições técnicas locais e do terreno.

Funções médicas, para-médicas, administrativas gerais e específicas.

(*) Membro do I.P.H.

Êsses estudos, a cargo de Estatísticos, Médicos, Engenheiros, Arquitetos, Decoradores, Enfermeiras, Dietistas, Farmacêuticos, Dentistas, Assistentes Sociais, Contadores, Advogados e Técnicos de Organização, todos conhecedores dos objetivos da técnica hospitalar, deverão atender à síntese de elementos básicos, a fim de o projetista esboçar a sua concepção arquitetônica. Os estudos de planejamento necessários ao anteprojeto serão confiados a uma emprêsa de organização racional ou a um Consultor Hospitalar, assistido por diversos profissionais. Seu resultado é a exposição do plano funcional. Uma vez aprovado, iniciar-se-ão as etapas de desenvolvimento dos trabalhos:

Projeto funcional de Arquitetura

Projeto de Fundações e Estrutura

Projeto de Instalações Gerais

Projeto de Instalações Especializadas

Projeto de Organização e Implantação

Detalhes da Execução e outros

O início das obras do empreendimento não precisará depender da elaboração completa dos diversos projetos, pois, a nosso ver, o patrocinador com os elementos de planejamento e o anteprojeto poderá decidir sôbre as diversas fases de desenvolvimento dos trabalhos e superintendê-las, sem prejudicar o início e o andamento da construção. Graças à observação no IAPI e à oportunidade que tivemos de participar como colaborador da SORTEC — Serviços Técnicos de Organização — no desenvolvimento do Hospital Sulamérica, advogamos que tôda construção de Ambulatório ou Hospital deva seguir um programa onde tôdas as fases de realização sejam executadas harmônicamente e coordenadas por órgãos, obedecendo à seguinte estrutura:

Organização Hospitalar:

Consultoria
Plano Funcional
Especificação de Material
Plano de Administração
Treinamento — Implantação
Urbanização

Construção civil
Instalações Gerais
Instalações Especializadas
Equipamentos Especializados
Diversos

Arquitetura:

Anteprojeto funcional
Projeto
Detalhamento
Especificações

Estrutura:

Projeto — Especificações

Instalações:

Projeto de Instalações Gerais
Projeto de Instalações Especiais
Especificações

Diversos:

Decoração e Ambientes
Urbanização
Outros

Uma Consultoria Hospitalar se torna imprescindível junto à Comissão Geral de Coordenação a fim de preparar e orientar os assuntos médicos e de organização ligados ao funcionamento e à construção pròpriamente dita. A síntese descritiva dos projetos de construção e dos materiais utilizados na obra com as normas de execução dos serviços é apresentada no CADERNO DE ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS.

A política de funcionamento do Hospital, o Regulamento e o Regimento, seu organograma, os estudos e as rotinas das funções médicas, para-médicas e administrativas, inclusive Manutenção, plano Contabil e Codificação de Material, encontramos no MANUAL DE ADMINISTRAÇÃO.

A título de sugestão indicaremos os principais capítulos de um **Caderno de Especificações Técnicas,** elemento básico para a Coordenação Geral do investimento, para fazer o contrôle dos materiais e serviços e ainda programar as fases de execução da obra. Além disso, esboçaremos o que poderá constituir a MANUTENÇÃO num hospital acima de 150 leitos, esclarecendo que o estudo do Hospital Sulamérica e observações em alguns nosocômios do Brasil e no estrangeiro foram o ponto de partida de nossas conclusões.

CADERNO DE ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

HISTÓRICO DO EMPREENDIMENTO — Denominação — Patrocinador etc.

TERRENO — Localização, orientação, condições locais etc.

DESCRIÇÃO GERAL — Projeto de Arquitetura de acôrdo com o plano funcional. Notas sôbre detalhes. Eliminação de dúvidas entre projeto e especificações.

MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO — Propriedades, aplicação, ensaios de Laboratório etc.

MÃO DE OBRA — Legalização e habilitação de profissionais etc.

ENCARGOS DA CONSTRUÇÃO — Aprovação oficial de projetos, ligações, licenças, taxas e impostos, transportes, fiscalização, seguros etc.

SERVIÇOS DE OBRA E NORMAS DE EXECUÇÃO:

PREPARO DO SOLO — Movimento de terras, reforços, rebaixamentos, estaqueamento, urbanização etc.

ESTRUTURA GERAL — Projeto, tipo etc.

ALVENARIAS E AFINS — Paredes, vergas, tacos pichados, poços etc.

COBERTURA — IMPERMEABILIZAÇÕES — Projetos, tipos etc.

REVESTIMENTOS COMUNS E ESPECIAIS — Massa, lambris, paineis, materiais acústicos, isolantes etc.

PAVIMENTAÇÃO GERAL — Tipos de pisos e rodapés, características, acabamento, limpeza, enceramento etc.

ESQUADRIAS DE MADEIRA E METÁLICAS — Portas, janelas, caixilhos, bancas, armários, cortinas, dispositivos de proteção etc.

VIDROS E FERRAGENS — Características, tipos etc.

PINTURA GERAL — Tipos, côr, decoração etc.

INSTALAÇÕES:

ELÉTRICAS — Projeto, subestação, energia de emergência, distribuição, aparelhos de iluminação (localização, tipos) etc.

HIDRÁULICAS — Projetos, água, gás, esgotos, incêndio (sistema de distribuição), aparelhos sanitários (tipos comuns e hospitalares) etc.

ELEVADORES E MONTA-CARGAS — Projetos, tipos, capacidade etc.

TELEFONES — Projetos, telefones externos (PBX), internos (PAX), intervox etc.

CONDICIONAMENTO DE AMBIENTES — Projetos, refrigeração, calefação, ventilação artificial, tipos etc.

TRATAMENTO DE LIXO — Tipos, localização das instalações etc.

SINALIZAÇÃO E ALARME — Projetos e tipos etc.

CALDEIRAS — Projeto, quantidade, tipo etc.

DIVERSOS SERVIÇOS — (Projetos, tipos, características de funcionamento etc.)

OXIGÊNIO E VÁCUO

CORREIO PNEUMÁTICO

COZINHA

LAVANDERIA

ESTERILIZAÇÃO GERAL

RADIOLOGIA E FISIOTERAPIA

LABORATÓRIOS — AUTÓPSIA-VELÓRIO

OFICINAS

LETREIROS-RELÓGIOS ELÉTRICOS

EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS

TRATAMENTO D'ÁGUA-POÇOS

TRATAMENTO DE ESGOTOS

OUTROS COMPLEMENTARES.

As estimativas de custo dos projetos em geral, da administração e execução da obra e aquisição dos materiais médico-hospitalares, permitem avaliar o custo do metro quadrado (m^2) de construção e o valor médio por leito, os quais variam com o tipo, finalidade e porte do hospital.

ESTUDO DA MANUTENÇÃO

O funcionamento de um hospital decorre de um sistema de implantação consequente do projeto funcional de arquitetura e do plano de organização. A Manutenção é a função técnico-administrativa que atinge o Engenheiro, o Arquiteto e o Técnico de Organização Hospitalar. O seu estudo é amplo e discutido, varia com o tipo de hospital e sofre a influência de sua estrutura administrativa. A bibliografia é rica e sistematiza o assunto sob vários aspectos; por isso, procuramos apresentar o nosso resumo dentro do seguinte esquema:

FINALIDADE — ESTRUTURA — OBJETIVOS

A Manutenção num hospital de mais de 150 leitos deverá ser exercida por um órgão estanque e subordinado à Administração Geral. A conveniência de um engenheiro com conhecimento de hospitais far-se-á notar na estrutura de pessoal, a fim de dar assistência nos assuntos de engenharia.

A Manutenção terá por finalidade a execução e a orientação dos serviços de:

ZELADORIA

ROUPARIA CENTRAL E LAVANDERIA

CONSERVAÇÃO E REPAROS

A Zeladoria envolverá as atividades dos setores de:

PORTARIA E VIGILÂNCIA

LIMPEZA

TRANSPORTES

TRATAMENTO DE TERRENO E VIAS DE ACESSO

Os objetivos gerais da Zeladoria são:

a) Prestar, receber e anotar informações. Receber visitantes, pacientes e suas bagagens. Fiscalizar a entrada e saída de pessoal, material e veículos.

Receber, guardar e distribuir correspondência.

Controlar chaves e sua saída.

Controlar o sistema de sinalização de presença de médicos e pessoal de Administração (em painel luminoso).

Manter a vigilância dos edifícios e arredores do terreno.

Zelar pelos elevadores e ter o contrôle dos objetos achados.

Ter o conhecimento de todo pessoal do hospital e prestar serviços de intercomunicação (telefones, alta-voz, sinalização).

b) Limpeza diária periódica, saneamento e conservação das dependências do Hospital. Prevenção de Incêndio.

Guarda de material abandonado nas unidades do hospital.

Controlar o material de consumo de sanitários e vestiários da Administração e substituir a roupa dos vestiários de subalternos, inclusive do pessoal da Administração.

c) Atender ao chamado de viaturas, guardar e conservar os veículos, controlar sua utilização e demais providências específicas, inclusive legalização.

d) Plantar e cultivar elementos de jardins. Fazer irrigação, fiscalizar e zelar pela área urbanizada do terreno.

O SETOR DE ROUPARIA CENTRAL E LAVANDERIA objetivará:

Receber, numerar, selecionar, pesar, desinfetar, lavar secar, passar e dobrar tôda a roupa, fazendo seu armazenamento, identificação, reparação, contrôle e distribuição para as unidades de enfermagem e outros setores.

O SETOR DE CONSERVAÇÃO E REPAROS terá por objetivos:

Realizar reparações na construção hospitalar.

Executar serviços específicos de Oficinas Gerais e especializadas.

Conservar em perfeito funcionamento e reparar quando necessário as diversas instalações do Hospital, inclusive os equipamentos especiais.

Manter um cadastro de firmas de reparação e conservação de máquinas, equipamentos hospitalar.

Manter um fichário individual de características e identificação de máquinas, equipamentos e aparelhos do Hospital, observando um calendário de Manutenção.

Fazer o contrôle dos gastos com a manutenção dos equipamentos.

PREVISÃO DE MEIOS — FUNCIONAMENTO

A previsão de meios para o funcionamento da Manutenção envolve espaço, pessoal e material próprios a cada setor.

LOCALIZAÇÃO E ESPAÇO — A localização dos Setores de Manutenção depende do projeto funcional. Os espaços que lhe são destinados variam, em parte, com o tipo e capacidade de leitos do Hospital.

O Public Health Service dos Estados Unidos para um hospital geral de 200 leitos recomenda os seguintes:

Lavanderia, Rouparia e Escritório do Zelador ...	1,28 m^2/leito
Caldeiras, Bombas e Escritório do Engenheiro ...	0,76 m^2/leito
Oficinas gerais e especializadas	0,43 m^2/leito
Portaria e Telefonista	0,045 m^2/leito

MATERIAL — O material especializado é vasto, varia com o tipo de hospital, conforme encontramos nas indicações do Public Health Service e da American Hospital Association.

PESSOAL — A estrutura de pessoal foge em parte à recomendação geral, sendo específica da estrutura da função e assim, no caso apresentado, podemos relacionar as seguintes categorias profissionais:

Técnico — Chefe de Manutenção
Engenheiro assistente
Desenhista
Auxiliares administrativos
Zelador
Encarregado de Portaria
Ajudantes de Portaria
Contínuos
Mensageiros
Porteiros
Vigias
Ascensoristas
Telefonistas
Encarregado Geral da Limpeza
Encarregados de Turno
Encarregados de Turma
Serventes de Limpeza
Mecânico-Encarregado de Transportes.
Motoristas
Ajudantes de Motoristas
Jardineiros
Auxiliares de jardineiros
Encarregado de Lavanderia
Auxiliar de Encarregado
Selecionador de roupas
Lavadeiras
Operadores de Máquinas
Costureira
Auxiliares de Costura
Serventes de Lavanderia
Técnico Encarregado da Conservação e Reparos
Eletricista-Mecânico Encarregado de Turno
Eletricistas
Mecânicos especializados
Bombeiros
Pintores
Pedreiros
Serventes
Foguistas
Ajudantes de foguista

Um estudo especial para seleção e distribuição de pessoal, horário, folga e férias, merece a atenção dos estudiosos de organização hospitalar.

O levantamento das rotinas principais ligadas a cada setor torna-se imprescindível ao perfeito funcionamento da Manutenção. Algumas se tornam específicas e interligadas no conjunto hospitalar e podem ser assim relacionadas:

Roteiro diário do Serviço do Zelador.
Contrôle de entrada e saída de portões.
Recados.

Informações e orientação de visitantes.
Atendimento de chamados telefônicos e de sinalização.
Roteiro de limpeza diária e técnicas adotadas.
Utilização e contrôle de viaturas.
Aquisição e contrôle de material.
Contrôle de pessoal.
Preparo e cultura do terreno e jardins.
Recepção de roupa, seleção e fases subseqüentes.
Recebimento, guarda, identificação, contrôle e distribuição de roupas.
Aviso de defeitos em instalações, aparelhos e máquinas.
Execução de serviços solicitados.
Calendário de Manutenção.
Fichas de registro de máquinas, aparelhos, etc.
Técnicas de conservação, etc.

Pelo exposto o nosso informativo conduz às seguintes conclusões:

I — Na construção de hospitais é imprescindível o planejamento elaborado por equipe especializada, no sentido de se coordenar o plano funcional e a concepção arquitetônica.

II — As fases de anteprojeto, projetos de arquitetura, estrutura, instalações, organização e de construção deverão ser controladas por um órgão de Coordenação Geral com uma Consultoria hospitalar.

III — O perfeito funcionamento de um hospital decorre do projeto arquitetônico, de suas instalações e da organização funcional.

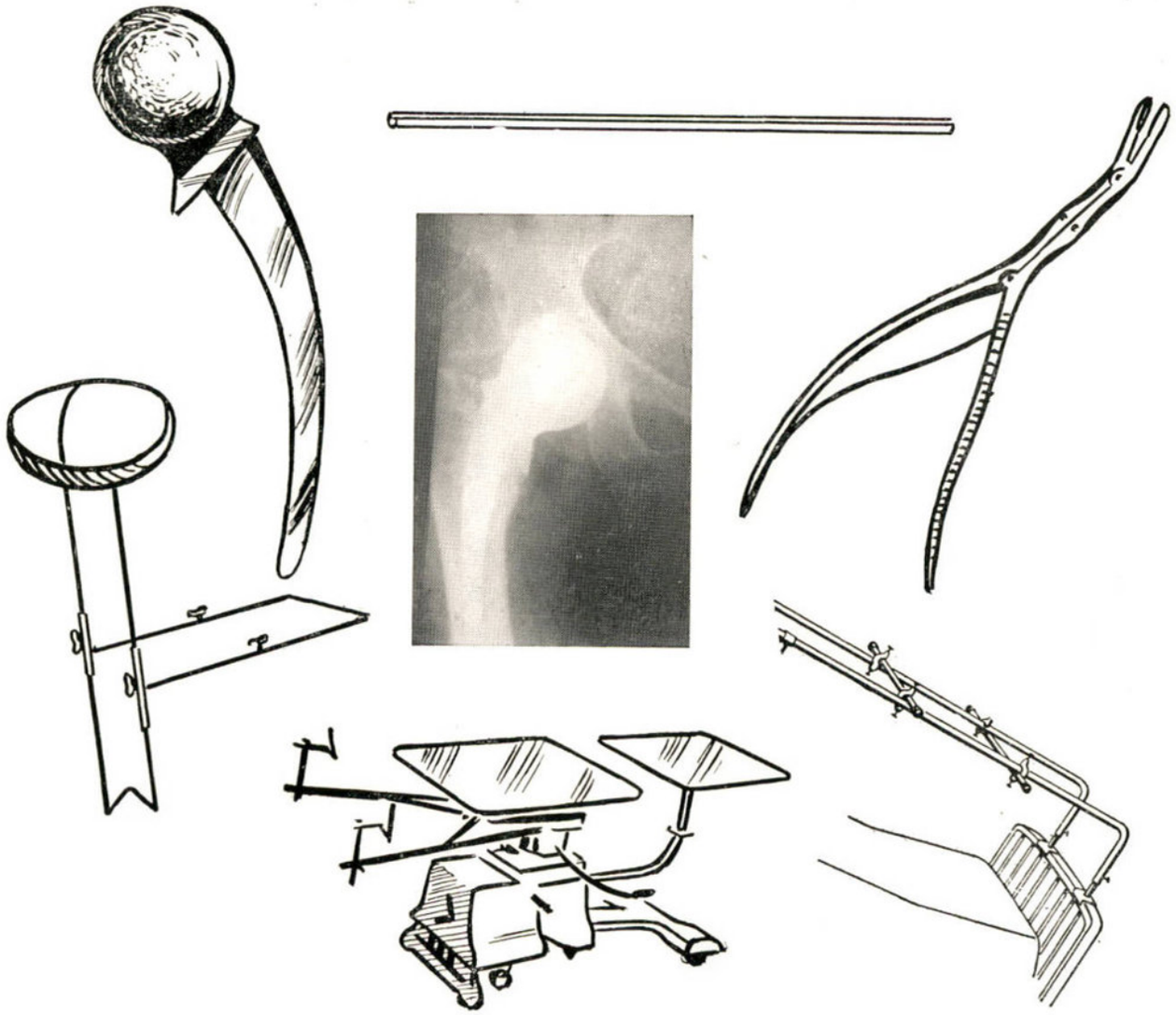
IV — A Manutenção, como atividade meio, varia com o tipo e porte dos hospitais e atua diretamente na dinâmica do conjunto.

BIBLIOGRAFIA:

Revista Paulista de Hospitais.
Revista "Hospital de Hoje".
Publicações do Public Health Service-USA.
Publicações da American Hospital Association.
Mac-Eachern — Hospital Organization and Management.
Stone — Hospital Organization and Management.
Outras publicações.

CONSULTE O IPH PARA A SOLUÇÃO DE SEUS PROBLEMAS HOSPITALARES

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

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

DA REFORMA DO ENSINO DE ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALARES NO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

LINCOLN FREITAS FILHO
Diretor dos Cursos

G. J. DA ROSA E SILVA
Professor dos Tópicos:
Prática Administrativa Hospitalar e Arquivo Médico e Estatística

A criação dos Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização do Departamento Nacional de Saúde foi efetuada mercê do Decreto-Lei 4.296, de 13/5/942 e regulamentada pelo Decreto-Lei 9.388, da mesma data. Dentre os cursos a que o Departamento se propunha realizar encontrava-se o de Organização e Administração Hospitalares. Assim, efetivamente, aconteceu, pois no ano seguinte pôde, então, ter início êsse curso que, desde aquela época, vem se processando, anualmente, com regularidade.

Sôbre o assunto, foi o primeiro curso a ser criado no país, obedecendo aos anseios daqueles que lidavam com o problema e que viam a necessidade de se formar no país uma consciência administrativa hospitalar. Com essa iniciativa, procurava-se melhorar e ordenar os conhecimentos daqueles que, de uma forma ou de outra, se interessavam pelas questões dos problemas hospitalares.

Na realidade, a aquisição de conhecimentos dessa natureza viria proporcionar, como de fato aconteceu, benefícios à coletividade, desde que, por êsse intermédio, visava-se melhorar a prática médico-hospitalar, a administração dos hospitais e, até mesmo, a qualidade dos cuidados hospitalares com o paciente.

Foi para atingir efetivamente êsses objetivos, que se procurou ministrar êsse curso de especialização, cuja finalidade precípua seria a de preparar tècnicamente o pessoal médico, aperfeiçoando-o adequadamente de modo a proporcionar a formação de consultores hospitalares.

Objetivava-se com isso, o ensino sistematizado de uma especialidade que surgia, visando o preparo profissional, estimulando e criando condições tais que pudessem concorrer para a formação de uma consciência ética e para o desenvolvimento de habilidades e atitudes correlacionadas com a organização e a administração de hospitais.

Todavia, com o passar dos anos, o curso com a programação formulada, já não mais atendia às necessidades da aprendizagem e do treinamento, mòrmente, em razão do progresso acentuado que ocorreu nesse setor especializado da medicina.

Assim, ao cotejar os programas e a orientação anteriormente adotada, procuramos, mercê do espírito crítico que norteou a nossa tarefa, realizar uma reforma básica, de certa profundidade, visando atualizar, sistematizar e uniformizar tanto estrutural, como funcionalmente, o Curso de Organização e Administração Hospitalares do Departamento Nacional de Saúde, de modo a atender à realidade e às necessidades brasileiras.

Pretendemos, assim, proporcionar, com os ensinamentos ministrados no curso, mercê da reforma empreendida:

a) maior difusão de conhecimentos especializados;

b) melhor orientação para uma segura política administrativa hospitalar;

c) melhoria do atendimento dos pacientes através dos cuidados médico-assistenciais adequados;

d) maior compreensão das medidas administrativas por parte dos membros das organizações hospitalares;

e) obtenção de planejamentos físicos e estruturais adequados e consentâneos com as normas vigentes de organização e administração hospitalares.

Essa especialização tornou-se imperativa, tendo em vista o volume, a natureza e a diversificação dos conhecimentos. Essa exigência se tornou evidente pela complexidade de novos conhecimentos e de técnicas especializadas, que necessitavam de ser transmitidas para benefício do maior número possível de médicos estudiosos dêsses assuntos.

Deve-se notar que a difusão dêsses conhecimentos e técnicas só poderia verificar-se através da educação que, é efetivamente, o veículo apropriado para a sua transmissão, proporcionando visão mais ampla das idéias dominantes e das tendências gerais evolutivas no campo da administração hospitalar.

Constitui, portanto, a educação um processo social que determina contínua auto-renovação, além de se poder considerá-la como o cerne de tôda a conduta objetiva.

Assim sendo, o treinamento educacional sistematizado e disposto no currículo do curso, procurou objetivar respostas aos seguintes itens:

1 — Qual a essência da programação do curso?

2 — Como se poderá produzir a cultura especializada?

3 — Que espécies e formas de conhecimento são necessárias para melhorar o nível administrativo hospitalar?

4 — Quais os conhecimentos necessários ao planejamento físico e estrutural de uma organização hospitalar?

É bem verdade, que num esfôrço criador, procuramos estabelecer padrões culturais sem incidir no êrro comum da transplantação, processo sociológico tão sobejamente conhecido, e causador de tantos prejuízos e dificuldades. Estribados na melhor compreensão dos nossos próprios problemas procuramos ajustar êsse curso à realidade brasileira. Temos a certeza de que ao estabelecer uma adequação dos seus programas, proporcionaremos uma idéia mais próxima de nossas possibilidades e necessidades, ao mesmo tempo que visamos transmitir, através dêsse treinamento, os conhecimentos básicos para atender à formação de pessoal especializado, tão escasso no país, motivo pelo qual são deficientes e ineficazes por obsoletos e empíricos os planejamentos e as medidas administrativas adotadas na maioria dos hospitais brasileiros.

Para atender a essas necessidades de pessoal devidamente habilitado, criou-se no Departamento Nacional de Saúde, ao lado do Curso de Especialização em Organização e Administração Hospitalares, destinado ao treinamento e preparo técnico do pessoal médico, para formação de consultores e de diretores de hospitais, um novo curso de Prática Administrativa Hospitalar, destinado a promover o aperfeiçoamento do pessoal auxiliar (dietistas, enfermeiras diplomadas, assistentes sociais e pessoal burocrático), para exercer cargos de chefia ou supervisão como auxiliares diretos da administração. Visa-se, com êsse curso sanar uma deficiência real e proporcionar aos elementos técnicos de direção, uma ajuda substancial, que consiste no preparo de pessoal habilitado para as demais chefias, desde que se terá a oportunidade de proporcionar a êsse grupo uma visão satisfatória dos problemas hospitalares.

Se não é possível deixar de acreditar que os indivíduos nascem com tendência ou talento naturais, isto é com determinado número de qualidades essenciais, para êste ou aquêle ramo da ciência, ou da administração, pode-se, também, do mesmo modo, julgar que há necessidade de orientar êsse talento ou essa tendência, aproveitando essas qualidades no sentido de proporcionar a essas pessôas ensinamentos sistematizados, que no caso específico, são de administração. Além disso, mesmo quando essas qualidades essenciais não se apresentam de maneira tão insofismável torna-se possível incutir nesses indivíduos aquêles conhecimentos e técnicas de modo a torná-los bons administradores, se lhes fôr dado aplicar os conhecimentos adquiridos.

Isso posto, temos a satisfação de informar que o Curso de Especialização em Organização e Administração Hospitalares, do Departamento Nacional de Saúde, a partir do ano em curso, terá a duração de 8 meses, com início em abril e término em dezembro de cada ano. O aumento do período escolar, obedeceu às exigências de melhor sistematização e mais ampla focalização dos problemas específicos e daqueles que lhes são correlatos.

Por outro lado, o ano letivo foi dividido uniformemente em 4 períodos de dois meses cada um, obedecendo ao seguinte calendário:

a) 1.º Período — de 9 de abril a 10 de julho;

b) 2.º Período — de 11 de julho a 12 de agôsto;

c) 3.º Período — de 13 de agôsto a 14 de outubro;

d) 4.º Período — de 15 de outubro a 15 de dezembro.

As diversas disciplinas do curso, foram incluídas dentro dos períodos acima indicados de conformidade com o planejamento feito que visou, sobretudo, dar ao aluno uma impressão de unidade e seqüência lógica na apresentação e desenvolvimento das matérias.

Nessa nova fase, o Curso de Especialização em Organização e Administração Hospitalares, passou a apresentar um total de 16 tópicos ou cadeiras, os quais ficaram assim discriminados, por períodos:

1.º PERÍODO — Tópico A — Conceitos gerais e evolução histórica de assistência hospitalar — 20 horas.

Tópico B — Administração Geral 36 horas.

Tópico C — Planejamento, instalações e equipamentos hospitalares — 36 horas.

Tópico D — Noções de orçamento. — Contabilidade hospitalar — 36 horas.

Tópico E — Planejamento básico de Organização e Administração hospitalares — 16 horas.

2.º PERÍODO — Tópico F — Noções de psicologia do trabalho — 36 horas.

Tópico G — Arquivo Médico e Estatística — 36 horas.

Tópico H — Serviços administrativos hospitalares — 36 horas.

Tópico I — Organização e Métodos — 36 horas.

Tópico J — Economia médica — 16 horas.

3.º PERÍODO — Tópico K — Administração Hospitalar e Saúde Pública — 25 horas.

Tópico L — Aspéctos médico-sociais da administração hospitalar — 15 horas.

Tópico M — Serviços médicos do hospital — 36 horas.

Tópico N — Serviços complementares de diagnóstico e tratamento. Serviços técnicos — 36 horas.

Tópico O — Relações Públicas e Hospital — 16 horas.

4.º PERÍODO — Tópico P — Prática administrativa hospitalar — 100 horas.

Pela disposição na apresentação das matérias, vê-se que a nossa maior preocupação foi a de que os alunos, ao seguirem o curso, sentissem que havia continuidade na apresentação dos assuntos e que êstes, de certo modo, ao se sucederem, continuavam-se.

Adotou-se, também, um sistema restrito de horário, de modo que as aulas passaram a ser ministradas num único turno, o da manhã. Essa medida visa facilitar a freqüência dos alunos e bem assim conceder-lhes tempo mais prolongado para o estudo das matérias apresentadas, e conseqüentemente maior rendimento e melhor aproveitamento.

Pela descriminação acima apresentada, verifica-se que várias disciplinas novas foram introduzidas no currículo, propiciando-se assim aos alunos visão bem mais ampla dos problemas hospitalares, abrangendo o curso um total de 532 horas de aulas.

Os últimos 8 dias de cada período de 2 meses,, são reservados para a realização das provas de exames das disciplinas lecionadas no período.

O 4.º período ficou reservado à disciplina intitulada "Prática Administrativa Hospitalar", que constará de estágio num dos hospitais do Rio, de seminários, de excursões e visitas a hospitais de outros centros do país, de inquéritos hospitalares e relatório final, além das provas de exame normalmente exigidas.

Paralelo ao curso de especialização, está sendo realizado, no corrente ano, o Curso Auxiliar de Prática Administrativa Hospitalar, conforme já referido anteriormente.

A realização dêsse curso foi motivada, convém repetir, pela necessidade de ministrar técnicas e conhecimentos amplos e substanciais de organização, administração e, sobretudo, de chefia ao pessoal auxiliar, de sorte que os componentes dêste grupo possam dar aos técnicos a ajuda substancial e eficiente de que tanto carecem.

A duração dêsse curso será de 6 meses, com aulas também diárias num só turno, o da manhã, iniciando-se em junho e terminando em dezembro de cada ano.

O período letivo por sua vez será dividido em três etapas de 2 meses cada uma, constando o seu currículo das seguintes matérias num total de 326 horas de aulas:

1.º PERÍODO — Tópico A — História e Evolução — dos Hospitais — 16 horas.

Tópico B — Administração Geral — 34 horas.

Tópico C — Noções de orçamento e contabilidade — 24 horas.

Tópico D — Administração hospitalar e Saúde Pública — 24 horas.

Tópico E — Serviços hospitalares (1.ª parte).

2.º PERÍODO — Tópico F — Organização e Métodos — 20 horas.

Tópico G — Psicologia do trabalho — 20 horas.

Tópico H — Arquivo Médico e Estatística — 36 horas.

Tópico I — Serviços hospitalares (2.ª parte) — 36 horas.

3.º PERÍODO — Tópico J — Prática administrativa hospitalar — 80 horas.

Com a orientação adotada estamos certos de que contribuímos com uma parcela de esfôrço no sentido de orientar e sistematizar os conhecimentos e técnicas a serem divulgados através dos cursos indicados, de modo a proporcionar melhor orientação à política hospitalar brasileira.

CONCLUSÕES

Com base na exposição apresentada, pode-se concluir:

1 — A reorganização do Curso de Organização e Administração Hospitalares do Departamento Nacional de Saúde foi uma conseqüência da necessidade de atualizar e ampliar o seu currículo;

2 — A necessidade de realizar o treinamento do pessoal auxiliar, motivou a criação do curso de Prática Administrativa Hospitalar;

3 — Os referidos cursos deverão proporcionar vantagens e melhorias tanto no que tange ao planejamento e à própria administração, como no que diz respeito aos cuidados médicos assistenciais prestados aos pacientes, e principalmente ao aprimoramento funcional daqueles que trabalham nas organizações hospitalares.

RESUMO

Os autores apresentaram, no presente trabalho, uma síntese do que constituiu a reorganização do Curso de Organização e Administração Hospitalares e a criação do Curso de Prática Administrativa Hospitalar, ambos do Departamento Nacional de Saúde, tecendo considerações tanto sôbre a referida reorganização como sôbre o novo curso, procurando demonstrar o acêrto da medida no sentido de uma valiosa contribuição para o desenvolvimento da política administrativa hospitalar no nosso país.

A SUA AUTOCLAVE PREENCHE ÊSTES PRINCÍPIOS BÁSICOS:

a. TERMÔMETRO DO MERCÚRIO NA SAÍDA DO VAPOR?
b. ENTRADA DO VAPOR PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR?
c. SAÍDA DO VAPOR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR?
d. VÁLVULA DE SEGURANÇA, AUTOMÁTICA?
e. PORTA DE SEGURANÇA?
f. FUNIL DE DESCARGA NA LINHA DE ESGOTAMENTO?

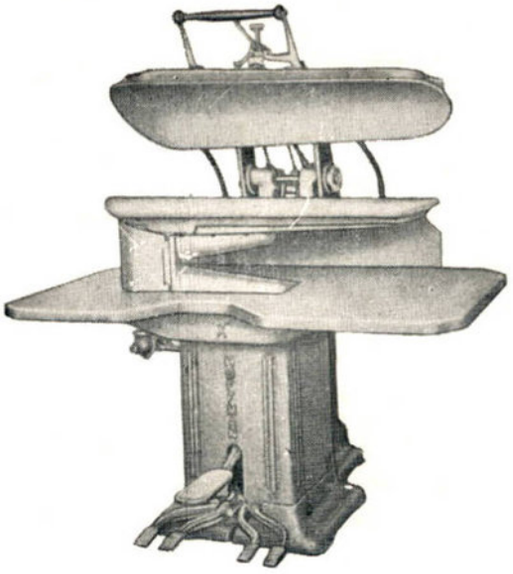
Hoffman

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 modêlo 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.

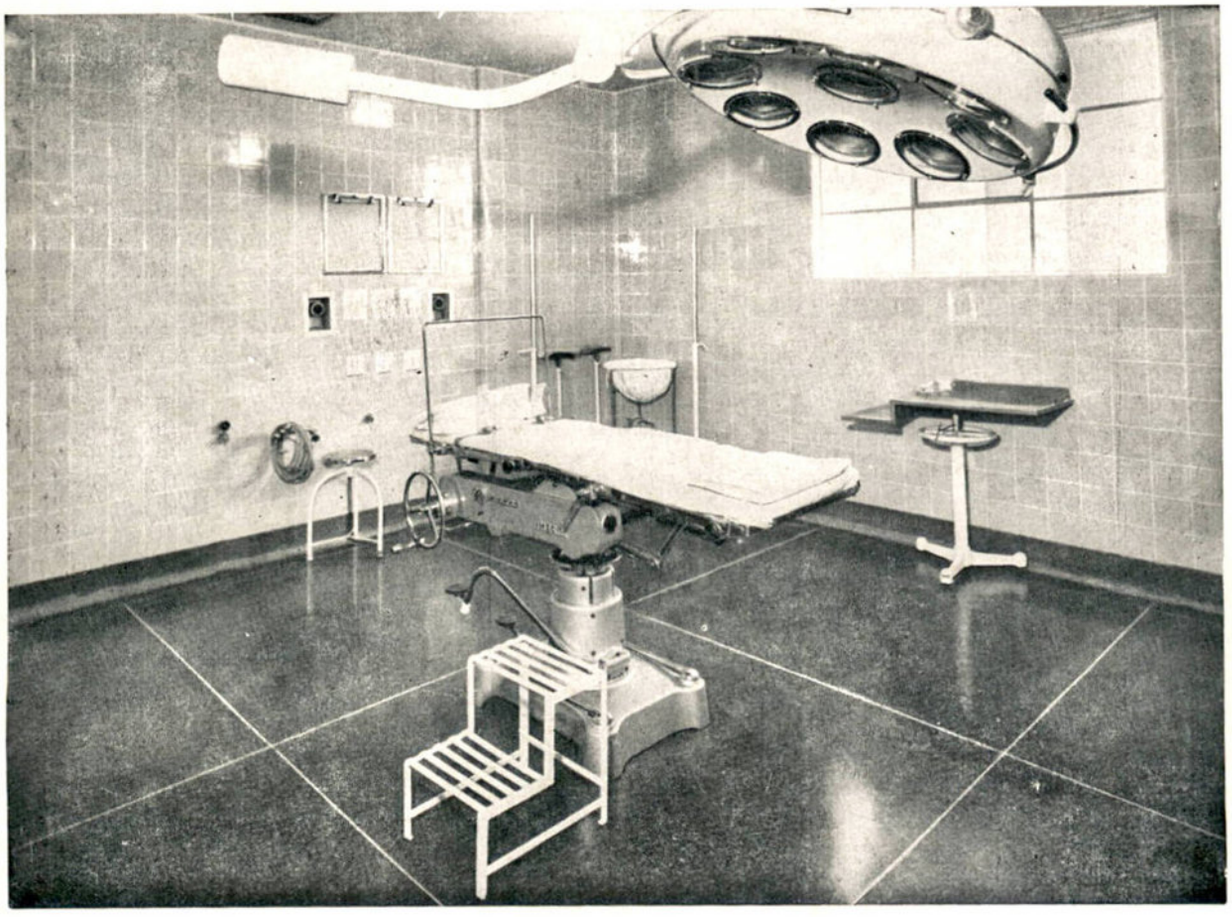
Hospital das Clínica (ortopedia) — S. Paulo.

Hospital Felicio Roxo de B. Horizonte.

HOFFMAN PANCOSTURA MÁQUINAS S. A.

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

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

TOXI-INFECÇÕES ALIMENTARES NO HOSPITAL*

DRA. MARIA JOSÉ IMBASSAHY SANTOS**

Assunto dos mais momentosos é, sem dúvida, a das toxi-infecções alimentares no hospital. Problema de grande amplitude, ultrapassa mesmo o âmbito hospitalar para se projetar em tôda uma comunidade. Onde, muitas vêzes, devemos buscar as suas causas e sentir os seus efeitos.

De bastante complexidade, implica êle, também, em conhecimentos vários, envolvendo entre outros, princípios de nutrição, de técnica de abastecimento, de estocagem, etc. etc.

Todavia, o seu estudo tem sido algo descurado como, aliás, o foi até bem pouco tempo o de tôdas as questões pertinentes à nutrição.

No entanto, desde as épocas mais remotas, a alimentação constituiu sempre uma das preocupações primeiras da humanidade, em obediência ao instinto da conservação do indivíduo, mais desenvolvido, mesmo, que o da conservação da espécie.

Contudo, não havia nenhuma preocupação de referência ao alimento em si. Ou melhor, não existia qualquer noção de qualidade, quantidade e muito menos de finalidade. Comia-se o que se encontrava e como se encontrava, quase "in natura", por assim dizer.

Foi sòmente com o estudo dos alimentos, sua composição, seu metabolismo e consequente aproveitamento no organismo que a situação começou a se modificar.

Estabelecida a relação de causa e efeito entre alimento e toxi-infecção, a sua profilaxia estava implicitamente estatuída. E, verificados os resultados de uma tal ocorrência, não só para o indivíduo, como para a coletividade, tornou-se ela, também matéria de Saúde Pública.

Assim, no Código Sanitário aparecem normas relativas ao funcionamento de hoteis, restaurantes e estabelecimentos congêneres, e uma fiscalização oficial é instituída.

Mas, quais os fatores que contribuem para a instalação das intoxicações alimentares, qual o seu mecanismo de transmissão e os métodos de que devemos lançar mãos para evitá-las? É o que veremos a seguir.

INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

A ingestão de alimentos contaminados pode ser a origem de intoxicações, envenenamentos e infecções com o comprometimento, sobretudo, do aparelho digestivo e do aparelho respiratório.

(*) Trabalho apresentado ao II Congresso Nacional de Hospitais — Belo Horizonte — Minas Gerais — 1 a 6 de Julho de 1958.

(**) Da Divisão de Orientação Técnica do SESP e da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde.

De uma maneira geral, são usados, como que indistintamente, as expressões intoxicação, infeção e envenenamento alimentar. Ou então, numa acepção mais lata, toxi-infecção.

Mais comumente são rotuladas de envenenamento alimentar, as intoxicações devidas às salmonelas. Alguns autores, porém, incluem aqui o botulismo e as intoxicações por estafilococos, estreptococos, coliformes, etc. etc. E ainda há que considerar os envenenamentos produzidos por alimentos nocivos e aqueles decorrentes da sua contaminação por produtos químicos.

Dêsse modo, envenenamento alimentar, englobaria, pràticamente, quase tudo.

Acompanhando o pensamento geral, nós mesmos empregamos até aqui, indiferentemente, esta terminologia.

Contudo, na realidade, são estados mórbidos distintos, a intoxicação e a infecção.

A intoxicação alimentar tem como causa a toxina produzida pela bacteria. E surge abruptamente, a gravidade dos sintomas estando mais na dependência da quantidade de toxina ingerida, geralmente pre-fabricada no próprio alimento.

A infecção alimentar é determinada por agentes patogênicos diversos: salmonelas, shigelas, estreptococos, bacilo da difteria etc. etc. Uma vez ingeridos os alimentos, êles se desenvolvem e multiplicam no organismo causando os efeitos maléficos. E de um modo geral, existe um período de tempo razoàvelmente maior entre a ingestão dos alimentos e o aparecimento dos sintomas.

Assim, nos parece mais indicado reservar a classificação de "intoxicação alimentar pròpriamente dita" para os casos de botulismo e intoxicação pelo estafilococo.

Quanto ao termo envenenamento, preferimos restringir um pouco o seu emprêgo. Talvez seja êsse um procedimento um tanto temerário, dado o fato da sua consagração pelo uso constante. Mas, talvez, julguemos acertado correr êsse risco, quiça, visando fins mais didáticos. E sob a rubrica de envenenamento, gruparemos, apenas, os casos provenientes da ingestão de alimentos nocivos e de alimentos contaminados por produtos químicos.

E a expressão toxi-infeção alimentar seria então a mais apropriada para figurar como denominação genérica.

Adotando esta orientação, procuraremos estudar, de um modo sucinto, os tipos mais representativos dos três grupos de afeções acima mencionados.

E embora alguns dêles possam também ser veiculados por outros meios, focalizaremos, essencialmente, a transmissão pelos alimentos e a sua prevenção específica.

Intoxicação alimentar — Botulismo: — Podemos dizer que constitui a forma mais grave de intoxicação alimentar, exibindo uma grande letalidade. É devida à toxina produzida pelo Clostridium botulinum ou Clostridium parabotulinum. A transmissão se faz pela ingestão de alimentos contendo a toxina botulídica, principalmente enlatados e conservas.

A prevenção consiste, antes de mais, no adequado preparo dos enlatados e conservas. Na prática corrente, um bom processo para a verificação do estado das conservas consiste na inspeção das latas antes do uso, rejeitando as chamadas latas estufadas. Outra boa medida, também, é a fervura prolongada das conservas antes de servir.

A intoxicação botulínica, até bem pouco tempo era tida como inexistente em nosso meio, tanto que nem fabricamos a antitoxina específica. Entretanto, no Rio Grande do Sul, em princípios dêste ano, uma família inteira se intoxicou, vindo a falecer 7 pessoas. Fez-se mistér, portanto, uma pesquisa mais eficiente dos surtos de intoxicação alimentar para acertadas providências.

Intoxicação por estafilococo: — Também de grande incidência, mas de baixa letalidade. É devida à toxina fabricada por algumas raças de estafilococos. A transmissão se dá, quase sempre, por cremes, produtos recheiados, carnes conservadas, leite e derivados, contendo a enterotoxina.

A prevenção se apoia, sobretudo, nas boas condições de refrigeração dêstes produtos. Além disso, não permitir que êles permaneçam fora do refrigerador, a não ser o tempo estritamente necessário à sua preparação. E depois, devem também ser novamente refrigerados até a oportunidade do uso. Não importa tanto a contaminação do alimento pelo estafilococo que é fàcilmente destruido pela fervura; o maior perigo está em propiciar tempo e condições para a produção da enterotoxina, que, como a botulínica, é bastante resistente ao calor. Daí a necessidade de cocção adequada dêstes alimentos. São ainda de importância na prevenção, o contrôle das fontes de abastecimento e o afastamento dos manipuladores com infenções piogênicas, principalmente, nas mãos ou nos dedos.

Infecção alimentar — Salmonelose: — Situa-se no primeiro plano entre as infecções alimentares. Pode ser causada por muitas espécies de Salmonelas (mais de uma centena). Citaremos dentre elas, apenas: S. typhimurium, S. paratyphosus A, B e C, S. enteriditis, S. newport, S. cholerae-suis, S. suipestifer, S. oranienburg, S. thompson, S. anatum, S. derby, S. montevideo, S. panama. Por exemplo, em pesquisas realizadas pelo Programa do Nordeste, do SESP (Palmares, Pernambuco) aparece como maior responsável a S. newport.

A transmissão ocorre pela ingestão: de alimentos mal preparados e mal cozidos: carnes, ovos, aves, mariscos, etc; de leite não pasteurizado e laticínios; de frutas e vegetais crus; de alimentos contaminados por fezes de roedores, insetos e até do próprio animal infectado. Também pela água e pelos manipuladores. E ainda pode se dar a transmissão por contágio direto ou indireto de pessoa a pessoa ou animal infectado.

Como já dissemos antes, interessa-nos primordialmente aqui a transmissão por alimentos e sua prevenção e porisso mesmo abster-nos-emos de estudar detidamente outros veículos. Assim, salientamos como medidas de prevenção a adequada refrigeração e subsequente cocção dos alimentos; pasteurização e fervura do leite; contrôle das fontes de abastecimento e dos meios de transporte dos alimentos; contrôle de insetos e roedores; contrôle da água e disposição adequada do lixo. E, finalmente, contrôle e educação sanitária dos manipuladores. Afastamento dos manipuladores doentes e não permitir que os alimentos, depois de convenientemente preparados e cozidos, sofram uma contaminação posterior pela sua colocação em superfícies ou recipientes contaminados, ou ainda exposição à moscas, roedores ou poeiras. E essa é uma providência de valor para a prevenção de tôdas as doenças transmitidas pelos alimentos.

Disenterias — Tanto a bacilar como a amebiana podem ser veiculadas pelos alimentos contaminados, geralmente vegetais crus, leite e laticínios. Ainda, manipuladores, utensílios contaminados, água, moscas; pela transferência de material infectado das mãos à bôca (principalmente fezes), fomites. Prevenção: Preparo adequado dos alimentos em condições de asseio e higiêne. Pasteurização e fervura do leite, contrôle das fontes de abastecimento, particularmente no que diz respeito à frutas e vegetais. Contrôle da água e disposição adequada dos dejetos. Contrôle de insetos roedores. Contrôle e educação sanitária dos manipuladores.

Teníases e cisticercoses: — Os casos são bastante frequentes, a transmissão se processando pela ingestão de carne de boi ou de porco que contenha cisticercos. E pelos manipuladores. Dai a necessidade da cocção adequada da carne de boi e de porco e o contrôle dos manipuladores. Também a fiscalização das fontes de abastecimento de carne.

A inspeção da carne de porco, em geral, dá resultado mais efetivos que a da carne de boi, porque a cisticercose, via de regra, é mais intensa naquele animal.

Outras verminoses são passíveis de serem transmitidas pelos alimentos, avultando entre elas a triquinose e a ascaridiose.

Mas, os alimentos podem ainda ser a causa de um grande contingente de doenças, como estreptococias, gripes, resfriados, influenza, tuberculose, carbúnculo, febre aftosa e brucelose, para só mencionar estas.

Envenenamento — Por alimentos originàriamente nocivos: — Peixes, mariscos, plantas e cogumelos venenosos.

Por alimentos contaminados por produtos químicos: — Os fluoretos e o arsênico, por exemplo, que pela sua aparência (pó branco) podem ser misturados ou até confundidos com as farinhas na manipulação dos alimentos. O antimônio e o cádmio, quando entram na fabricação dos vasilhames. Também o cobre, quando os alimentos são deixados algum tempo em vasilhames dêste metal e depois cozidos ai mesmo. E ainda, algumas substâncias químicas que são utilizadas para mascarar ou manter o estado de conservação dos alimentos (sulfitos ou nitratos de potássio, na carne, por exemplo).

Convém notar, porém, que os casos de envenenamento alimentar não são comuns, cobrem mais ou menos 10% do total. Damos aqui um quadro das principais doenças transmitidas pelos alimentos e o seu modo de transmissão. (Anexo n.° 1).

ASPECTO HOSPITALAR DO PROBLEMA

Se a profilaxia da toxi-infecção alimentar traduz uma providência de tanto alcance para o público em geral — o que vale dizer para uma coletividade sadia — que não significará ela para o doente? Na verdade, é dentro do hospital que o problema se reveste de tôda a sua magnitude. Aí não se trata, apenas, de conservar a saúde de quem a tem mas, de algo mais difícil e trabalhoso, isto é, restituir a saúde de quem a perdeu.

E se a alimentação, como está provado, é um dos elementos desta recuperação, ela não pode se transformar em arma de dois gumes, não pode ser veículo de outras doenças.

Muitas vêzes, o doente chega ao hospital com uma sobrecarga emocional resultante, não só do fato de internamento em si, como também da quebra da rotina de vida familiar e profissional e por causa de outros compromissos que deixou lá fora.

O hospital, que tudo empenha para reintegrá-lo, o mais rápido possível, no seu ambiente diário, não se pode permitir infringir essa norma e, atrazar o seu restabelecimento pela sobrevinda de um toxi-infeção alimentar.

Todos os esforços devem ser empregados para evitar êsse estado de coisas, pois vasto é o capítulo das doenças que podem ser transmitidas pelos alimentos em um nosocômio e bem nefastas as suas conseqüências. Não só para o doente, como para o próprio hospital pelo reflexo sôbre sua reputação e crédito na comunidade.

Em linhas gerais, tudo o que foi dito aqui tem a sua aplicação no campo hospitalar.

Mas, segundo a nossa idéia de imprimir a êsse trabalho um cunho eminentemente prático, insistiremos sôbre alguns pontos essenciais que devem merecer atenção especial.

Fontes de contaminação dos alimentos:

Não poucas vêzes, o alimento chega já contaminado ao hospital e a responsabilidade direta cabe às fontes do abastecimento. O que está òbviamente a indicar que se deve garantir a boa procedência dos suprimentos pela idoneidade do fornecedor. Um sistema eficiente de contrôle seria o de visitas periódicas à matadouros, estábulos etc., para a verificação "in loco" das suas condições sanitárias e de higiêne. No que diz respeito às hortas, muitas vêzes, a água de regar é contaminada ou o adubo e o risco é maior quando se trata de vegetais que são comidos crús.

Dentro do hospital, os alimentos podem ser contaminados por insetos, roedores e pragas diversas e tôdas as medidas devem ser tomadas para impedir o seu acesso. Principalmente, acabamento perfeito da construção, telagem das janelas e boas condições de estocagem. Não deixar que os sacos de mantimentos fiquem encostados à parede ou colocados diretamente sôbre o piso, mas, sim, em estrados fenestrados de madeira, a mais ou menos 15 cms de altura. Melhor será dispor de depósitos apropriados para êstes mantimentos, evitando a entrada da sacaria na despensa, pois, ela pode servir de transporte para baratas, roedores, etc etc., Também para impedir a penetração de baratas e outras sevandijas é aconselhável não colocar ralos no interior das câmaras frigoríficas.

Ainda no tocante ao armazenamento, é indispensável a existência de boas condições de refrigeração com temperaturas exatas para as diversas espécies de suprimentos.

Além disso, tôdas as seções da cozinha, especialmente, a despensa devem ser mantidas nas melhores condições de limpeza e higiêne. Procurar empregar tanto quanto possível, métodos limpos de trabalho. E também dedetização rotineira do ambiente.

Encaramos ainda a necessidade da adequada remoção do lixo e da lavagem apropriada dos respectivos depósitos.

No que se refere aos utensílios e vasilhames utilizados para o preparo e guarda dos alimentos, muito já se tem escrito sôbre o assunto. Na verdade, não podemos mais ignorar o papel que êles desempenham na contaminação dos alimentos. E, por conseguinte, na transmissão das toxi-infeções alimentares.

E assim, de tôda importância é a sua lavagem e desifeção. Sem dúvida que o método mais eficaz é a lavagem mecânica e muitas máquinas já existem, dos modelos os mais completos. Infelizmente, porém, a muitos hospitais, ainda está vedado o seu emprêgo, principalmente, na zona rural. Não analisaremos os motivos que podem determinar tal procedimento, mas queremos lembrar que se o custo inicial é elevado, os benefícios ulteriores são grandes pela garantia do processo e pela possibilidade de diminuição do número de serviçais para a realização da tarefa.

Todavia, mesmo, com a lavagem manual podem ser obtidos bons resultados utilizando água quente e detergentes de qualidade. A água em temperatura mais alta serve como desinfetante. Do mesmo modo o vapor, o ar quente e o cloro. O que se deve evitar é a sua contaminação posterior, principalmente pelo emprêgo de toalhas sujas para o enxugamento.

Outra fonte de contaminação intra-hospitalar pode ser a água pelo seu uso constante, quer no preparo da alimentação, quer na lavagem de pratos, vidrarias, utensílios e vasilhames. Se o hospital dispõe de abastecimento próprio, o problema, pràticamente, não existe. Mas, se a qualidade da água fornecida pela localidade deixa a desejar, um tratamento suplementar se impõe, a cargo do hospital.

A seguir juntamos um esquema das fontes de contaminação dos alimentos (Anexo N.° 2).

E quanto aos manipuladores? De tudo o que foi discutido aqui, ficou bem patente a sua interferência como fonte de contaminação direta ou indireta dos alimentos n o hospital já trabalhando doentes, já desprezando as mais elementares noções de higiêne, tocando os alimentos com mãos sujas ou colocando-os em vasilhames sujos. E são bem conhecidos os esquemas de contaminação, bôca-alimento ou utensílio-bôca e intestino-mão-alimento ou utensílio-bôca. Tão importante é a atuação dos manipuladores neste setor que está a requerer um estudo em separado. E assim o faremos (Anexo 3).

CONCLUSÕES

I — Muitas toxi-infeções podem ocorrer no hospital com os resultados, os mais deletérios, pois que atingem organismos doentes, debilitados e, por isso mesmo, com a capacidade de resistência diminuida.

II — Diversas são as causas que contribuem para determinar o seu desencadeamento.

III — A sua profilaxia, das mais rigorosas, deve começar mesmo fora do hospital com o contrôle das fontes de abastecimento.

IV — No hospital, revela-se como medida de profilaxia das mais eficases, o contrôle dos manipuladores.

V — Outras medidas de eficiência são ainda o contrôle das condições de estocagem e de refrigeração, adequados processos de preparo e cocção dos alimentos e limpeza e higiêne de todos os locais de trabalho.

RESUMO

ASPECTO GERAL DO PROBLEMA.

Grande número de doenças podem ser transmitidas por alimentos contaminados. Constituem elas o grupo das chamadas intoxicações alimentares e atingem, principalmente o aparelho digestivo. E, em menor escala, o aparelho respiratório.

Designadas também como infecções alimentares, recebem ainda a sinonimia de toxi-infecções e envenenamentos. As denominações variam com os autores. Assim as intoxicações por estafilococos e o botulismo tanto podem ser intoxicações alimentares como envenenamentos. Do mesmo modo, as infecções (Salmoneloses Shigeloses etc.. etc.). E envenenamentos, são ainda resultantes da contaminação dos alimentos por produtos químicos ou da ingestão de alimentos nocivos.

Contudo, tècnicamente, não existe correspondência absoluta entre intoxicação e infecção.

A intoxicação alimentar é devida a toxinas bacterianas, instala-se ràpidamente e sua evolução fica relacionada com a quantidade de toxina presente no alimento consumido. Por isso preferimos reunir aqui apenas o botulismo e a intoxicação por estafilococo.

A infecção alimentar, com período de incubação variável segundo o germe responsável, tem como representantes mais comuns as salmoneloses, as disenterias, as teníases, as triquinoses, etc. etc.

A toxi-infeção — pela composição mesma do vocábulo — nos parece que se prestaria melhor para a designação genérica.

E por motivos didáticos, embora contrariando idéias já estabelecidas, consideraremos como envenenamento os casos devidos à alimentos venenosos ou contaminados por substâncias químicas.

Alguns tipos principais destas manifestações mórbidas:

Intoxicação alimentar por estafilococo e Botulismo — Devida às toxinas fabricadas, respectivamente, por algumas raças de estafilococos e pelo Clostridium botulinium ou Clostridium parabotulium. **Transmissão:** alimentos contendo a toxina, sobretudo, cremes, produtos recheiados, leite e derivados, conservas e enlatados. **Prevenção:** contrôle das fontes de abastecimento e dos manipuladores. Adequado preparo de conservas e enlatados. Adequada refrigeração dos alimentos.

O botulismo, forma mais grave da intoxicação alimentar, de elevada letalidade era tida como inexistente entre nós (nem fabricamos a antitoxina), mas, em princípios dêste ano no Rio Grande do Sul, uma família inteira se intoxicou, falecendo7 pessoas.

Infecção alimentar — Salmoneloses, disenterias, teníases e cisticercoses, triquinoses, ascaridioses etc. etc. **Transmissão:** alimentos maus ou contaminados por fezes de insetos e roedores, carnes de boi ou de porco contendo cisticercos e triquinas; vegetais crus e leite: água contaminada; utensílios e vasilhames contaminados e manipuladores. Prevenção: contrôle das fontes de abastecimento e dos manipuladores; contrôle dos locais de estocagem; adequada refrigeração e cocção dos alimentos. Também evitar contaminação posterior.

Envenenamentos — Pouco frequentes. Causados por peixes, mariscos e cogumelos venenosos e por produtos químicos. Principalmente fluorêtos e arsênico que podem ser misturados ou confundidos com as farinhas na manipulação dos alimentos antimônio, cádmio e cobre na fabricação dos vasilhames.

ASPECTO HOSPITALAR DO PROBLEMA.

Dos mais sérios é o problema das toxi-infecções no hospital e na sua apreciação sobressaem o estudo das fontes de contaminação e as medidas de prevenção.

Principais fontes de contaminação dos alimentos:

Intra-hospitalares — Insetos e roedores; más condições de estocagem e de refrigeração; más condições de preparo e cocção dos alimentos, água de abastecimento, manipuladores e más condições sanitárias dos locais do trabalho.

Extra-hospitalar — Fontes de abastecimento.

Principais medidads de prevenção:

— Bôas condições de estocagem — Armazenamento adequado de todos os produtos.

— Contrôle de insetos, roedores e outras pragas. Telagem das janelas.

— Limpeza adequada de vasilhames, utensílios etc. etc. e de tôdas as seções da cozinha.

— Bôas condições de refrigeração. Temperatura exata para os diversos produtos.

— Adequado preparo e cocção dos alimentos.

— Contrôle de qualidade da água fornecida.

— Contrôle dos manipuladores — Afastamento dos doentes, Inspecções de saúde mais frequentes. Treinamento para a realização de tôdas as tarefas em boas condições de higiêne e asseio. Ressaltar a importância dos 2 processos de contaminação: bôca-alimento ou utensilio-bôca e intestino-mãos-utensílio ou alimentos-bôca. Supervisão bem orientada.

Contrôle das fontes de abastecimento.

ANEXO N.º 1

PRINCIPAIS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

Intoxicações Alimentares:

Botulismo

Intoxicação por estafilococo.

Infecções Alimentares

Salmoneloses em geral.

Febres tifóides (Tifo e paratifo).

Disenterias amebiana e bacilar

Teniases e cisticercoses

Triquinoses, Ascaridioses e outras verminoses.

Difteria, Estreptococias, Viroses.

Gripes, Resfriados, Influenza.

Tuberculose, Carbúnculo, Brucelose

Envenenamentos

Peixes, Mariscos e Cogumelos venenosos.

Produtos químicos: Fluorêtos, Arsênico, Cádmio, Antimonio, Cobre, etc.

Principais processos de transmissão

— Alimentos contendo a toxina botulínica, sobretudo, enlatados e conservas;

— Alimentos contendo a toxina estafilocócica: cremes, produtos recheiados, carnes conservadas, leite e derivados.

— Alimentos mal preparados: carnes, ovos, leite e laticínios.

— Alimentos contaminados por fezes de roedores, insetos e outras pragas.

— Carnes de boi e de porco contendo cisticercos, triquinas, etc. etc.

— Vegetais, principalmente, comidos crús.

— Água contaminada.

— Utensílios e vasilhames contaminados.

— Manipuladores.

ANEXO N.º 2

PRINCIPAIS FONTES DE CONTAMINAÇÃO DOS ALIMENTOS

Extra-Hospitalares — Fontes de abastecimento:

— Água contaminada.

— Utensílios e vasilhames contaminados (Transporte).

— Insetos, roedores e outras pragas.

— Manipuladores.

Intra-Hospitalares — Insetos, roedores, etc. etc.

— Más condições de estocagem.

— Más condições de refrigeração.

— Más condições de preparo e cocção dos alimentos.

— Más condições sanitárias e de higiêne dos locais de trabalho.

— Água de abastecimento.

— Utensílios e vasilhames.

— Manipuladores.

ANEXO N.º 3

CONTAMINAÇÃO INTRA-HOSPITALAR DOS ALIMENTOS PELOS MANIPULADORES.

Contaminação Direta — Manipuladores infectados.

— Tossindo, espirrando ou com infecção de garganta.

— Manipulando os alimentos com infecções piogênicas cutâneas, sobretudo, localizadas nas mãos ou dedos.

— Não lavando as mãos, convenientemente, após usar o lenço.

— Não lavando as mãos, convenientemente, após usar o toilete.

Contaminação Indireta — Através utensílios, vasilhames, água, etc., etc..

— Colocando os alimentos em vasilhames contaminados ou em outros locais sujos (mesas, prateleiras, pias, etc., etc.).

— Deixando os alimentos fora do refrigerador por tempo excessivo ou, expondo-os à contaminação por moscas, poeira, etc., etc..

— Manipulando os alimentos com utensílios sujos (facas, garfos e colheres).

— Manipulando os alimentos com água suja.

— Lavando os pratos, vasilhames, utensílios etc. em água suja ou enxugando-os com toalhas sujas.

— Não lavando as mãos, convenientemente, antes de cada operação ou tocando objetos sujos, enquanto trabalha.

— Não limpando convenientemente, os locais de trabalho.

A FERVURA DESINFETA PRECARIAMENTE

A AUTOCLAVE ESTERILIZA EFETIVAMENTE

Planejado e construído segundo a mais avançada técnica, de manejo simples, rápido, eficiente, êste novo aparêlho 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

NEO-REX DO BRASIL LTDA.

SEÇÃO MATERIAL STANDARD PARA CONSTRUÇÕES

R. JOAQUIM FLORIANO, 737/751 - TEL. 8-2126 (RÊDE INTERNA) - CAIXA POSTAL, 7221 - END. TELEGR. "NEOREX" - S. PAULO

PROGRAMAS DE VENDAS

ELEMENTOS VASADOS DE LOUÇA

ELEMENTOS VASADOS DE CONCRETO

CAIXILHOS DE CONCRETO

PLACAS DE CONCRETO

PARA QUEBRA SOL E PISO

FORMAS PARA LAJES DE CONCRETO

LONGARINAS MECÂNICAS FIX - ALUGUEL OU VENDA

GRANILITE

ESCADAS, PISOS, PLACAS, TANQUES, ETC.

LAVATÓRIOS COLETIVOS DE GRANILITE

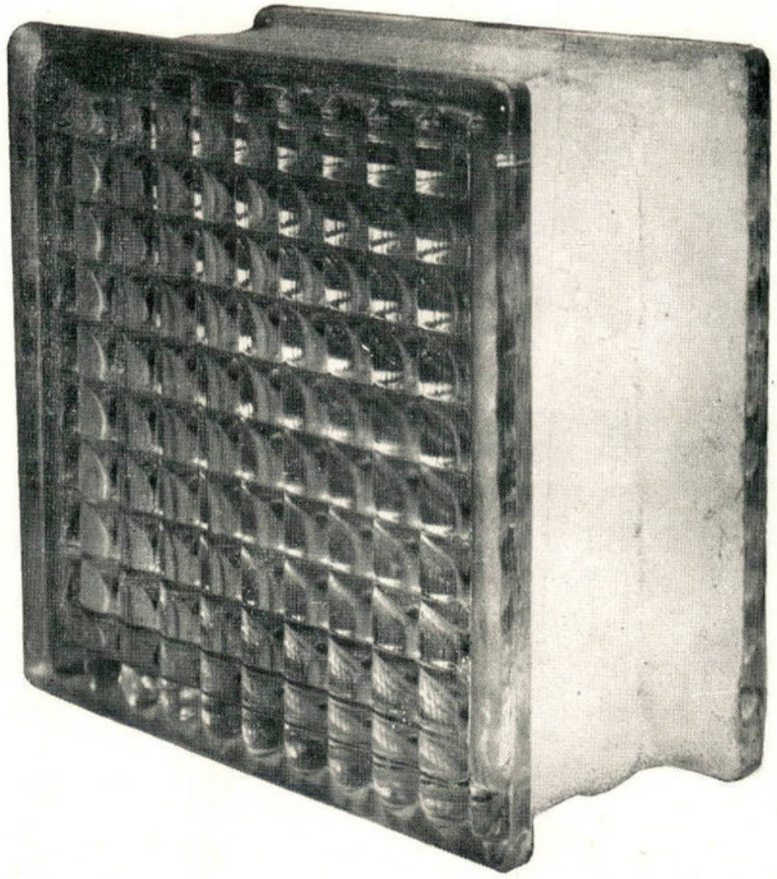
CANTONEIRAS INVISÍVEIS "ISCO"

PARA PROTEÇÃO DE CANTOS - PAT. N.º 29.210

CANTONEIRAS DE CHAPA GALVANIZADA

Agora Fabricados no Brasil

Unicos Fechados a Vácuo



TIPOS:

CROSS RADDLED

CANELADO

SECÇÃO ESPECIALIZADA EM FORNECIMENTO E COLOCAÇÃO DE VIDROS CRISTAIS E ESPELHOS

Casa Bellini de Vidros Ltda. - Comercio e Industria

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

SÃO PAULO

HOSPITAIS MILITARES

Instituição: Ministério da Aeronáutica — Diretoria Geral de Saúde

Tema: Coordenação do Hospital com o Sistema de Salvamento da FAB

Relator: Dr. Carlos Maia de Assis — Cap. Med. Aer.

I — INTRODUÇÃO:

Em 1944, em Chicago, o Brasil e mais 57 nações assinaram um acôrdo internacional, com o objetivo de padronização e maior uniformidade dos metodos e normas recomendadas para Busca e Salvamento. Êsse acôrdo foi ratificado pelo decreto N.º 21.713 e a Portaria 406, de novembro de 1951, atribuiu a Fôrça Aérea Brasileira a responsabilidade pela observância integral das Normas e Metodos recomendados para "Busca e Salvamento" e a coordenação de todo o Sistema de Salvamento no território nacional.

II — ACÔRDO INTERNACIONAL:

O acôrdo internacional cogita, tão sòmente, dos casos de acidentes de aviação ou marítimos, como veremos, mais adiante, com a transcrição de alguns dos seus artigos.

Posteriormente, diversas nações, através de suas Fôrças Aéreas, estenderam a responsabilidade do Sistema de Salvamento a todos os casos em que houvesse perigo de vida humana. Assim, foi adotada a terminologia SVH (Salvamento de vida humana) para as missões aéreas realizadas com êsse objetivo.

Reza o acôrdo internacional, em seus artigos:

— "Ao prestarem assistência a aeronave em perigo e a sobreviventes de acidentes de aeronaves, os Estados contratantes deverão fazê-lo independentemente da nacionalidade de tal aeronave ou sobrevivente".

— "Os Estados contratantes providenciarão para que seus serviços de Busca e Salvamento cooperem com aquêles que tiverem o encargo de cuidar de feridos".

— "Os Estados contratantes designarão:

a) Como **Unidades de Salvamento:** serviços públicos ou privados, ou partes dêstes, convenientemente localizados e equipados;

b) como **participantes** do plano de busca e salvamento: serviços públicos ou privados, ou parte dêstes, inadequados para serem designados como unidades de salvamento, porém capazes de participarem em busca e salvamento".

— "Os Estados contratantes envidarão o máximo esforço a fim de conseguir, tanto de suas autoridades locais como de embarcações, e aeronaves em geral a mais completa cooperação em busca e salvamento, bem assim como seu empenho pelo bem-estar dos sobreviventes de acidentes de aeronaves".

Vemos, pelos artigos acima transcritos, que a responsabilidade pela assistência a sobreviventes de acidentes de aeronaves cabe tanto à FAB como a outras organizações públicas ou privadas. Assim, um dos art. diz: "para que seus serviços de Busca e Salvamento cooperem com aquêles que tiverem o encargo de cuidar de feridos". Como Serviços de Busca e Salvamento, ou como citado em outro art. "Unidade de Salvamento", entendem-se os Esquadrões de Busca e Salvamento da FAB, tais como: 1.º/6.º Gp Av, sediado em Recife, 2.º/10.º Gp Av, sediado na Base Aérea de São Paulo, e os que a partir do próximo ano serão ativados nas B Aé de Belém e Pôrto Alegre.

Êsses Esquadrões, segundo o acôrdo internacional, deverão cooperar com aquêles que tiverem o encargo de cuidar dos feridos, que outros não são senão hospitais, convenientemente localizados e equipados, quer públicos ou privados, considerados "participantes do Sistema de Salvamento".

Torna-se necessário haver uma estreita coordenação entre as Unidades de Salvamento (Esquadrões de Busca e Salvamento) da FAB e os Hospitais, quer público ou privados. Aquelas Unidades, prestando o primeiro socorro e transportando os sobreviventes, e os hospitais fazendo o tratamento e recuperação dos feridos.

Para tanto, o território nacional deverá ser dividido em diversas áreas geográficas, tendo cada área um ou mais hospitais como participantes do Sistema de Salvamento.

III — SERVIÇO DE BUSCA E SALVAMENTO.

A FAB, atravez da Diretoria de Rótas Aéreas deu aos Esquadrões de Busca e Salvamento, de acôrdo com a IP/07, entre outras, as seguintes atribuições:

1. Prestar assistência sempre que houver perigo de vida humana.

2. Auxiliar sempre que necessário, na salvaguarda de bens do Patrimônio Nacional.

3. Operar no caso de calamidade pública.

Ao definir as missões, a mesma IP/07 diz: "O Serviço de Busca e Salvamento é essencialmente humanitário, deduzindo-se daí que todos os esforços deverão ser enviados para que a missão seja coroada de êxito".

Baseado na doutrina acima transcrita, foi que o 2.º/10.º G Av (Esquadrão de Busca e Salvamento), sediado na Base Aérea de São Paulo, infunde em cada um de seus integrantes, o seguinte lema:

— É meu dever, como membro do Serviço de Busca e Salvamento, salvar vidas e socorrer feridos.

Estarei preparado, em qualquer ocasião para cumprir êsse dever rápida e eficientemente, colocando-o acima dos meus interêsses pessoais e meu bem-estar.

E o cumprirei, para que outros possam viver.

Entre as missões atribuídas às Unidades Aéreas de Busca e Salvamento, encontramos as seguintes:

— Missão de Salvamento (MSA)

Missão cuja finalidade é salvar sobreviventes de acidentes aeronáuticos ou marítimos, prestar primeiros socorros e transportá-los a local que disponha de assistência médico-hospitalar.

— Missão de Misericórdia (MMI)

Missão cuja finalidade é transportar feridos ou doentes, não especificamente vítimas de acidente aeronáutico.

— Missão de Humanidade (MHU)

Missão de transportes ou lançamento de víveres e medicamentos em uma localidade desprovida de outros meios de transporte, no caso de calamidade pública.

— Missão Especial (MES)

Tôda a missão determinada por autoridade competente, não definida na IP/01, como, por exemplo, transporte de corpos de vítimas de um acidente aeronáutico, etc...

A coordenação entre as Unidades de Busca e Salvamento da Fôrça Aérea Brasileira e os Hospitais, é essencial, em tôdas as missões SVH (Salvamento de Vida Humana), ao êxito e objetivo da operação. Em conseqüência, temos:

1 — No caso de acidente aeronáutico, os Hospitais **apoiarão** as Unidades, recebendo os feridos para tratamento inicial e posterior evacuação se fôr o caso.

2 — Os Hospitais **receberão o apoio** das Unidades nos seguintes casos:

a) Quando determinado hospital não tiver recursos técnicos em material e pessoal, necessários ao salvamento de um paciente, tornando-se necessário o transporte dêste para hospital de maiores recursos técnicos.

b) Quando faltar ao hospital determinado recurso técnico em pessoal, material ou medicamentos, caso em que a Unidade tomará a si o encargo do transporte do pessoal especializado, do material, dos medicamentos ou dos três se fôr o caso.

IV — TRANSPORTE AÉREO DE DOENTES E FERIDOS (Evacuação Aeromédica)

Os hospitais, ao solicitarem o transporte aéreo de doentes e feridos, seguirão as seguintes normas:

1 — Pacientes Transportáveis:

Todo paciente que puder ser transportado, por qualquer outro meio de transporte, poderá sê-lo, também, por via aérea.

2 — Prazo de atendimento das solicitações de transporte:

As solicitações de transporte aéreo de pacientes serão atendidas, dentro dos seguintes critérios:

a) Urgente — (U) — imediatamente, constituindo unico obstáculo as condições meteorológicas, abaixo dos limites mínimos de segurança de vôo. A decolagem deverá ser feita dentro de prazo máximo de 30 min. após o recebimento da solicitação.

b) Prioridade — (P) — dentro de 24 horas.

c) Rotina — (R) — dentro das disponibilidades de vôo normais.

3. Hospitais de **Embarque** e de **Destino.**

Os hospitais que solicitarem o transporte aéreo de seus doentes ou feridos, serão denominados **Hospitais** de **Embarque,** e os hospitais que receberem os pacientes, serão denominados **Hospitais de Destino.** Compete ao Hospital de Embarque o fornecimento, ao médico ou enfermeiro da Unidade Aérea, responsável pela evacuação aeromédica, de duas cópias do dossiê do paciente a ser transportado. Uma destinar-se-á ao Hospital de Destino e a outra servirá ao planejamento do vôo nas melhores condições, face aos dados constantes do dossiê. Esta última cópia, posteriormente, será arquivada na Unidade.

Dêsse dossiê, deverá constar:

1. Histórico do paciente
2. Diagnóstico (provável se fôr o caso)
3. Cópia de todos os exames realizados
4. Terapêutica instituída.

No caso em que deva ser continuado o tratamento a bordo, o Hospital de Embarque será responsável pelo fornecimento dos medicamentos recomendados, assim como pela orientação quanto a horário, etc.

No caso de evacuação de doentes mentais agitados, será responsabilidade do Hospital de Embarque a entrega do paciente, à Unidade, já entorpecido.

V — UNIDADES DE BUSCA E SALVAMENTO

As Unidades de Busca e Salvamento da FAB estarão organizadas dentro da doutrina de emprêgo dessas Unidades, idêntica à das demais Fôrças Aéreas do mundo. Assim, temos:

1. 1.º/6.º G Av — Base Aérea de Recife — Aviões SB-17 — quadrimotores, unidade especializada em salvamento no mar.

2. 2.º/10.º G Av — Base Aérea de São Paulo — Aviões SA-16 — bimotores, com características para pouso no mar e em terra — capacidade de 12 macas.

Helicópteros SH-19 — para salvamento em qualquer terreno e situação, com capacidade de 6 macas.

3. Em 1959 serão ativadas as Unidades de Belém e Pôrto Alegre, com aviões SA-16 e Helicópteros SH-19.

VI — RESUMO

No presente trabalho foram estudadas as responsabilidades do Brasil, face ao acôrdo internacional de Busca e Salvamento, as missões em conseqüência atribuídas as Unidade de Busca e Salvamento da FAB e a coordenação que deve existir entre Unidades e os Hospitais, a fim de que ambos se apoiem mùtuamente em busca do objetivo comum. Salvamento de Vida Humana.

VII — CONCLUSÕES

É indiscutível a importância que desempenharão, no Brasil, as Unidades de Busca e Salvamento da Fôrça Aérea Brasileira, assim como da que já desempenha o Correio Aéreo Nacional, face à vastidão do território nacional, à precariedade das vias ferro e rodoviárias e à localização dos recursos técnicos médico-hospitalares nas grandes cidades do litoral.

Para que se obtenha o máximo de eficiência nas missões, é necessária uma estreita coordenação entre as Unidades de Busca e Salvamento e os Hospitais, pois o objetivo primordial dessas Unidades Aéreas, assim como dos Hospitais, é o Salvamento de Vidas Humanas. Podemos dizer que essas Unidades são por missão primordial (SVH) essencialmente médicas.

S. A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES

"SOBRAF"

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.

- Sondagens
- Estudo do Sub-Solo
- Estaqueamentos
- Tubulações

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

N O V O S S O C I O S D O I. P. H.

JOSÉ RAPHAEL GOMES LOPES
Arquiteto
Rua Gal. Osório, 1221
Pelotas — Rio Grande do Sul

DARCY RODRIGUES BELLO
Médico
Av. 7 de Setembro, 1027
Bagé — Rio Grande do Sul

JOAQUIM SILVA NUNES
Médico
Pça. Piratinino de Almeida, 56
Pelotas — Rio Grande do Sul

ANTONIO ELSIO PEREIRA DA SILVA
Médico
Fábrica Itajubá, c/12
Itajubá — Minas Gerais

JOSÉ CRUZ CARVALHAL
Médico
Rua Gal. Osório, 616
Pelotas — Rio Grande do Sul

GERALDO TREPTOW
Médico
Pça. Piratinino de Almeida, 11
Pelotas — Rio Grande do Sul

JOSÉ BONIFACIO DE CARVALHO COSTA
Odontologista
Rua Felix da Cunha, 953
Pelotas — Rio Grande do Sul

CARLOS ROAT POESTER
Médico
Av. Barão do Triunfo, 1032
Bagé — Rio Grande do Sul

JOÃO ROUGET PEREZ
Médico
Rua Gal. Osório, 808
Pelotas — Rio Grande do Sul

ARON KIPEL
Médico
Pça João Costa, 10 - 2.º and.
Lajes — Santa Catarina

JOSÉ RUY RIBEIRO
Engenheiro
Rua Dr. Nogueira Martins, 103
Sorocaba — São Paulo

ARGEMIRO DIAS
Médico
Rua 1.º de Março, 672
Cachoeira do Sul — Rio Grande do Sul

IRMÃ MARIA LIGUORI
Enfermeira
Rua Luiz Claudio Manoel da Costa, 50
Santos — São Paulo

JOÃO FRANCISCO NAVES JUNQUEIRA
Médico
Av. Leopoldino de Oliveira, 232 - ap. 6
Uberaba — Minas Gerais

CHAPHICK SAÁDI
Médico
Rua Euclides Aranha, 873
Itaqui — Rio Grande do Sul

IRMÃ MARIA GEMA DE JESUS
Enfermeira
Rua Major Antonio Domingos, 244
São José dos Campos — São Paulo

TEREZINHA COSTA AVILA
Enfermeira
Rua Protásio Alves, 297
Porto Alegre — Rio Grande do Sul

ISSAC JAYME GABBAY
Médico
Rua O de Almeira, 247
Belém — Pará

ALOYSIO NEIVA FILHO
Médico
Rua Ribeiro de Almeida, 44 - ap. 301
Rio de Janeiro — Guanabara

SAMUEL BREITMAN
Médico
Rua Major Ouriques, 847
Cachoeira do Sul — Rio Grande do Sul

ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

DR. ADRIANO TAUNAY LEITE GUIMARÃES

Neuropsiquiatra do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. Diretor-Representante do I.P.H. — Rio (Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares). Da Associação Brasileira de Hospitais.* Da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Da Sociedade Médica do Instituto dos Bancários. Ex Técnico da Previdência do Conselho Nacional de Economia

I — Considerações gerais

Previdência e assistência se completam, sendo a previdência o organismo que acumula as pequenas cotas que os associados depositam obrigatória e periòdicamente na caixa e sendo assistência o organismo que retira dessa caixa a quantia para socorrer o associado quando necessário.

O homem previdente procura poupar, economizar, para enfrentar os riscos de doença, invalidez e morte.

A arte da poupança individual não é fácil, principalmente entre pessoas econômicamente fracas.[1]

No seguro privado, o indivíduo está em primeiro plano e a contribuição deve corresponder ao risco individual. Entretanto, o seguro social não visa lucro, e apesar de obrigatório, tem por objetivo a tranqüilidade social, procurando impedir o desequilíbrio econômico, biológico e social dos trabalhadores e seus beneficiários.

A instituição do seguro social obrigatório surgiu no século XIX, na Bélgica em 1844, para marítimos inválidos e velhos; na Áustria em 1854, para os mineiros; na Itália em 1861 e depois em outros países.

Tomou o seguro social maior impulso após a primeira guerra mundial (1914-18). Sua tendência geral tem sido a obrigatoriedade, embora o seguro facultativo seja excepcionalmente adotado ainda em alguns países.

A primeira manifestação do seguro social integral surgiu na Nova Zelândia em 1938, e em 1948 foi convertido em lei o Plano Beveridge na Inglaterra.

A Austrália, o Canadá e a Suécia adotaram o plano de seguridade social.

Não podemos, entretanto, garantir que as finalidades do seguro social integral tenham sido alcançadas em qualquer parte. Entre nós, a criação do Instituto de Seguros Sociais do Brasil (I.S.S.B.) se inspirou na seguridade social, mas a lei não chegou a ser posta em execução.

---

(1) Adriano Taunay Leite Guimarães e José Araujo Iponema: "A família em face da assistência social psiquiátrica nas instituições de previdência". Tese apresentada no II Congresso Pan-Americano de Serviço Social — 2 a 9 de julho de 1949, como Delegados da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

(*) Representante do I.A.P.B., I.P.H., e da A.B.H. no Segundo Congresso Nacional de Hospitais.

Com a ampliação do seguro social, alguns países estão separando o seguro-doença do conjunto da previdência, tornando-o um Serviço Nacional de Saúde, extensivo a tôda a população; essa modalidade acha-se em vigor na Inglaterra, Austrália, U.R.S.S., Nova Zelândia e Chile.

No Brasil, antes da Lei Eloy Chaves, em 1932, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, nossa previdência social era pràticamente nenhuma.

Se considerarmos o seguro de acidentes um seguro social, teremos o ano de 1919 como o da primeira lei de seguro social do país Lei n.º 3.724, de 15 de janeiro de 1919).

A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 1931, marcou o início do período de expansão da previdência social.

A criação dos grandes Institutos, reunindo assalariados de atividade profissional idêntica, semelhante e conexa, para todo o Brasil, data de 1933. Marítimos (I.A.P.M.) em 1933; Comerciários (I.A.P.C.) e Bancários (I.A.P.B.) em 1934; Industriários (I.A.P.I.) em 1936 (iniciou as atividades em 1938); Transportes e Cargas (I.A.P.E.T.C.) em 1938.

Ùltimamente as caixas de aposentadoria e pensões do país foram unificadas pelo Decreto 34.586, de 12 de novembro de 1953, na Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (C.A.P.F.E.S.P.).

Atualmente o regime de previdência social brasileira é o de sua realização através do "serviço público descentralizado" (regime autárquico) sob a supervisão dos órgãos do Ministério do Trabalho, com a seguinte formação:

1.º — Quatro órgãos de orientação e contrôle administrativo jurisdicional;

2.º — Órgãos de administração sob a denominação de instituições de previdência social;

3.º — Serviço de Alimentação da Previdência Social (S.A.P.S.), de âmbito nacional, diretamente subordinado ao Ministério do Trabalho, criado em 1941;

4.º — Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (I.P.A.S.E.), para os funcionários públicos federais, instituições de âmbito nacional, diretamente subordinado ao Ministério do Trabalho;

5.º — Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (S.A.M.D.U), criado em 1941 mas instituído em 1949.

A Lei n.º 2.673, de 23 de setembro de 1955, autoriza a criação do Serviço Social Rural, autarquia subordinada ao Ministério da Agricultura.

O Instituto de Seguros Sociais do Brasil (I.S.S.B.) instituído pelo Decreto-Lei 7.526, de 7 de março de 1945, com o intuito de uniformizar as taxas e planos de benefícios de tôdas as instituições de seguro social do Brasil, não chegou a ser pôsto em execução. Igual sorte teve a Lei 1.532, de 31 de dezembro de 1951, mandando criar a Comunidade do Serviço de Assistência Médica na Previdência Social (S.A.M.P.S.). — Foi suspensa a execução mas a Lei não foi revogada e nem a sua regulamentação.

A legislação previdenciária dos últimos tempos inclina-se no sentido da unificação do seguro social.

Acham-se sòmente em vigor as diretivas constitucionais emanadas das Constituições de 1934 e 1946, não tratando do assunto a de 1891.

Dentre as mais recentes iniciativas de reforma da previdência, destaca-se o projeto de Lei Orgânica de Previdência Social, de autoria do Deputado Alísio Alves, o qual depois de aprovado pela Câmara dos Deputados, provocando extenso Memorial das classes produtoras ao Vice-Presidente da República.[2]

O Departamento Jurídico da Federação das Indústrias do Distrito Federal acaba de dar parecer ao referido projeto de lei que dispõe sôbre a estrutura administrativa da previdência social, atualmente tramitando no Senado.[3]

São as seguintes as principais recomendações aprovadas pela indústria nacional:

"1 — Que os poderes públicos tomem providências que garantam base legislativa estável à Previdência Social e assegurem equilíbrio financeiro e funcionamento eficiente.

"2 — Que estudem os meios de uniformização do regime previdenciário.

"3 — Que se abstenha a legislação de criar novos encargos para os órgãos de previdência, ou ampliar as prestações dêles exigidas.

. . . . . .

"6 — Que se combata a encampação monopolista de acidentes de trabalho pelas instituições de previdência social.

. . . . . .

"8 — Que se vede qualquer aumento nas contribuições devidas aos órgãos previdenciários, em vista de já haverem atingido o limite máximo suportável.

"9 — Que em face do atraso do recolhimento das contribuições da União Federal aos Órgãos de Previdência Social, se efetive o programa dêsses atrasados, em apólices da dívida pública, assegurando-se no orçamento federal, todo os anos, a receita necessária para liquidação de juros e resgate parcelado dos títulos.

. . . . . .

"12 — Que se promova a unificação dos serviços em comunidade, com o sentido de obter maior economia na suas execuções sem prejuízo de sua eficiência, processando-se inclusive para êsse fim um melhor entrosamento das instituições previdenciárias com o Serviço Social da Indústria e o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

"13 — Que se pleiteie insistentemente junto aos órgãos de previdência social, maior eficiência e regularidade na arrecadação das contribuições devidas às instituições de serviços sociais patronais".

II — **Problemas de supra e infra-estrutura**

A. Estruturas superiores

a) **Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio** — Atua no setor da assistência médico-social, através da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho e, pode-se dizer, indiretamente, pela ação fiscalizadora do Departamento Nacional de Previdência e Assistência Social sôbre nossas autarquias, que dispõem de serviços médicos e importante rêde hospitalar. São atribuições relacionadas com a saúde de nossos trabalhadores e seus beneficiários.

b) **Ministério da Agricultura,** em virtude da Lei n.º 2.673, de 23 de setembro de 1955 autorizando a criação do Serviço Social Rural.

Algumas conclusões da mensagem do Conselho Nacional de Economia à Câmara dos Deputados, sôbre a **reforma da previdência social.**[4]

---

(2) "O PROJETO DA LEI ORGÂNICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. Memorial das Classes Produtoras ao Vice-Presidente da República Sr. João Goulart". Correio da Manhã, de 23 de março de 1958, 1.º caderno.

(3) "INCONGRUÊNCIAS E INCONSTITUCIONALIDADES no projeto de Lei da Previdência Social". Correio da Manhã, de 23 de março de 1958, 6.º caderno suplemento econômico.

(4) "REFORMA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL". Revista do Conselho Nacional de Economia, n.º 48, ano VI, novembro/dezembro de 1957, página 4 a 11.

Sugere o Conselho passar a execução e administração direta do Estado o seguro social e a assistência médica e alimentar, separando do seguro social a assistência médica e a alimentar, mantendo o primeiro no Ministério do Trabalho e passando estas a serem subordinadas ao Ministério da Saúde, substituição do regime de capitalização pelo de repartição; uniformização dos tipos de benefícios, com igualdade de tratamento para os que já são contribuintes da previdência social; não ampliar os benefícios atuais, sugerindo diversas medidas econômicas, a fim de dar uma estrutura mais sólida e, ao mesmo tempo, mais flexível, à previdência social atendendo melhor as necessidades sociais dos trabalhadores e da população em geral, visando consolidar a obra da previdência social em bases técnicas e econômicas, evitando a continuação do desperdício de recursos e regularizar suas fontes de receita, pondo têrmo ao desequilíbrio financeiro provocado pelo desequilíbrio atuarial proveniente do sistema de capitalização.

Deseja acrescentar uma última sugestão, achando que a Lei Orgânica deve limitar-se a tratar do plano estrutural, determinar os objetivos, prever a forma de financiamento, fixar direitos e obrigações e firmar normas gerais de administração.

As prescrições de detalhes e as adaptações para os casos especiais seriam deixadas para a regulamentação relativa a cada setor de atividade.

Espera o Conselho Nacional de Economia ter contribuído com a sua mensagem para a revisão do Substitutivo a fim de resguardar os órgãos da previdência social contra a sua auto-destruição por falta de base técnica, economica e financeira.

B. Infra-estruturas

(Problemas)

Em princípio, vigoram as seguintes modalidades de seguro social:

a) Acidentes de trabalho e doenças profissionais — Indenização e assistência médica, cirúrgica e hospitalar. A doença profissional é equiparada pela lei ao acidente, embora manifestando-se de maneira mais demorada.

b) Aposentadoria por invalidez — Por velhice ou por doença, sendo esta temporária ou definitiva.

A invalidez corresponde a uma pensão mensal.

c) Na doença, ou natalidade, vigoram os auxílios pecuniários (auxílio-enfermidade) e assistência médica, cirúrgica e hospitalar.

d) Auxílio pecuniário no desemprêgo. Esta modalidade, embora prevista em nossa Constituição (cap. XV do art. 157) ainda não existe entre nós.

e) Auxílio funerário e pensão, pela morte.

f) Pensão, no seguro-reclusão.

Acaba de ser aprovado pela Câmara Federal o projeto 3.339, de 7 de maio de 1958, que concede aposentadoria aos 55 anos e com 35 anos de serviço.

Os membros da Comissão Especial de Assistência Médico-Hospitalar, designados pelo Ministro da Saúde para elaborar o anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar no país, de acôrdo com o Decreto 37.773, de 18 de agôsto de 1955, publicado no Diário Oficial de 22 do mesmo mês e ano, estudando a evolução da Assistência Hospitalar, focalizam a infra-estrutura da previdência social,[5] nos seguintes têrmos:

"Sob a influência da revolução de 1930, tiveram os órgãos de previdência social a sua estrutura definida através de decretos promulgados em 31 e 32.

"Possuem os Institutos 10 hospitais próprios, com um total de 3.643 leitos, estando 3 para serem inaugurados.

"Tem predominado, entretanto, no caso da previdência social, o sistema de credenciamento para internação dos doentes, sistema que facilita a obtenção de vaga hospitalar e oferece preço mais barato. O custo de leito-dia[6] nos hospitais previdenciários é elevadíssimo em certos casos.

"Como decorrência dessa orientação, a política que vem dominando no setor previdenciário é a dos convênios com instituições privadas e governamentais, não só porque os Institutos não suportariam a construção de hospitais próprios em número suficiente, como também pela forte razão do custo mais barato".

A hipertrofia da política dominante dos convênios e a má administração da maioria dos hospitais da previdência social, atenta contra os ideais do I.P.H., no sentido de melhores hospitais para o Brasil, contra a melhoria e o aperfeiçoamento administrativo da infra-estrutura hospitalar previdenciária do país e, sobretudo, contra os ideais de Mac Eachern, o grande consultor hospitalar, de saudosa memória, mundialmente conhecido.

Constam do referido relatório as seguintes providências: o "Prefeito Pedro Ernesto Batista, em 1932, criando a rêde hospitalar urbana e suburbana do Distrito Federal; o Prof. Luiz de Rezende Puech, em 1935, dividindo o Estado de São Paulo em zonas e determinando as necessidades em leito para cada uma; a criação, em 1938, do Instituto de Assistência Hospitalar de Pernambuco; a Diretoria de Assistência Médico-Social do Rio Grande do Sul; o Departamento Nacional da Criança, em 1940; da Divisão de Organização Hospitalar, em 1941, com suas funções normativas; da Legião Brasileira de Assistência, em 1942; o Serviço Especial de Saúde Pública (S.E.S.P.), em 1942; do Serviço Social do Comércio (S.E.S.C.) e da Indústria (S.E.S.I.); o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1944; a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, em 1946 e o Plano Nacional de Assistência Hospitalar aos Tuberculosos, em 1947".

Apontamos em nossa tese, intitulada, "Política Médico-Hospitalar do Brasil", para o 1.º Congresso Nacional de Hospitais, graves problemas de infra-estrutura, inclusive a falta de médicos em municípios de 20 a 50.000 habitantes.

O atual Govêrno muito tem feito pela infra-estrutura: Plano Salzano, para colocar médicos em municípios, criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, das Unidades Sanitárias Aéreas, etc.

A previdência social possui rêde hospitalar própria, mas insuficiente para os associados e beneficiários, por isso mantém leitos em hospitais particulares, mediante convenios.

Os convênios têm vantagens e desvantagens, conforme as condições locais, as instituições e a assistência proporcionada; sua finalidade é entrosar serviços, quer oficiais entre si, quer oficiais com particulares.

Em princípio, o S.A.M.D.U. satisfaz, atendendo doentes de urgência, mas seu trabalho deveria ser secundado por visitadores clínicos de cada instituição de previdência social, para acompanharem as enfermidades, caso não sejam hospitalizados.

Os ambulatórios sempre que possível, devem padronizar as suas rotinas.

A previdência social, particularmente no que se refere à tuberculose funciona por meio de convênios com o Serviço Nacional de Tu-

(5) "RELATÓRIO DA COMISSÃO ESPECIAL INCUMBIDA DE ELABORAR ANTEPROJETO DE LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA O PAIS: Revista Técnica de Planejamento Hospitalar, ano II, ns. 3/4, abril/junho de 1956, páginas 13 a 15.

(6) Doente-dia — Maury Pinto de Oliveira.

Leito-dia é a unidade de capacidade representada pela cama à disposição do paciente no hospital.

Doente-dia ou paciente-dia é a unidade de serviço que representa a assistência prestada a um só paciente internado, num dia hospitalar. O dia da alta só será computado quando o doente tiver sido admitido no mesmo dia.

berculose e no caso particular do I.A.P.B., por meio dos seus ambulatórios em todo o país e pela sua rêde hospitalar própria.

No caso da lepra, parece-nos que a medida mais acertada seriam os convênios com o Serviço Nacional da Lepra sobretudo em face da nova orientação imprimida ao Serviço pelo seu atual diretor, Prof. Orestes Diniz, porque se articulariam os ambulatórios das instituições de previdência social com os postos de saúde específicos da enfermidade e a rêde sanatorial própria dêsses serviços, uma vez que o tratamento e a profilaxia da lepra orientam-se em virtude das novas drogas, em sentido dinâmico, inclusive nos lares dos enfermos.

O Serviço Nacional da Lepra dispõe em cada cidade do interior de um médico obrigado a um curso especializado para tratamento e orientação dos leprosos em seus próprios lares.

O ideal seria o tratamento do cancer, da Tuberculose e das enfermidades mentais, por meio de unidades especializadas nos respectivos hospitais gerais.

Os enfermos crônicos seriam recolhidos em hospitais — colonias, mantidos pelo govêrno federal desde que fossem convenientemente aparelhados.

Os serviços médicos devem ser prestados nas instituições hospitalares, nos locais de trabalho, nos domicílios, nos centros regionais e onde fôr mister, para elevação do nível de saúde, defesa de nosso capital humano e melhoria de nossos índices de vida.

CONCLUSÕES

1. O problema no campo médico é econômico e, atualmente, na previdência social é de organização.

2. O país não deve recuar em sua política sanitária, nem deixar falir as suas instituições de previdência.

3. Quando comparamos as estruturas dos diversos institutos, verificamos completa disparidade na conexão e nas funções dos seus diversos órgãos.

4. Assistência centralizada para as diversas classes trabalhadoras nas pequenas comunidades, ou onde fôr mister. Descentralizada ou parcialmente centralizada nos grandes centros, podendo ser a assistência prestada em comunidades de serviços.

5. A previdência social deve ser um todo harmônico, de peças bem ajustadas, para fins precisamente determinados, quer na supra, quer na infra-estrutura (principalmente a que nos falta), a fim de produzir eficiente trabalho, decorrente da unificação e uniformização da assistência.

RESUMO

ASSISTÊNCIA MÉDICO — HOSPITALAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Tratamos sumàriamente, nas considerações gerais, da evolução histórica da previdência social.

Foram mencionados inicialmente os problemas de nossas estruturas, relacionados com a assistência médico-hospitalar na previdência social e discutidas algumas diretrizes adotadas no Brasil, o que nos levou às conclusões finais.

NÃO CONSTRUA HOSPITAIS COM MENOS DE DUAS UNIDADES DE ENFERMAGEM POR ANDAR

DÊ AO BRASIL HOSPITAIS DE BAIXA DENSIDADE LINEAR

CADA PASSO A MAIS PESA E CUSTA

SABOJET

A SABONETEIRA HIGIÊNICA

De há muito, hospitais, consultórios médicos e dentários, ambulatórios, escritórios e residências vêm-se ressentindo da falta de um meio que permita a lavagem das mãos de modo realmente higiênico, prático e eficiênte.

SABOJET foi ideado para eliminar tôdas as desvantagens apresentadas pelos sabonetes tradicionais: possibilidade de transmissão de contágio, contato íntimo com as mãos, amolecimento e desperdício quando úmido, necessidade de suporte, etc.

SABOJET fornece sabão líquido sem o concurso das mãos, bastando leve pressão sôbre o seu pedal pneumático.

SABOJET não possue partes mecânicas, não apresenta possibilidade de desarranjo ou de interrupção; é de manuseio facil, simples, prático e cômodo; é inquebravel, não requer manutenção.

SABOJET não goteja, a descompressão do pedal aspira o sabão líquido remanescente no tubinho dispensador.

SABOJET permite flexibilidade de colocação.

SABOJET é de preço módico dada a simplicidade e engenhosidade de sua construção.

SABOJET é de uso econômico por dispensar a mínima quantidade de sabão líquido necessária à limpeza e assepsia das mãos.

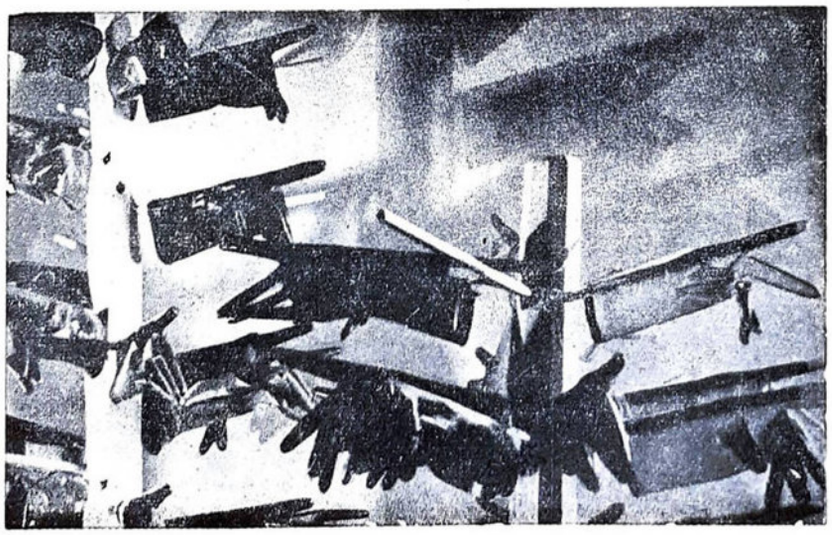
SABOJET permite a adição, ao sabão, dos **desinfetantes e detergentes desejados e recomendados na desinfecção pré-operatória das mãos.**

SABOJET instalado, também, dentro da Sala de Operação e Parto, traz consideravel economia no uso de germicida, pois, para diversos autores, como Zintel, Seastone e Briscksen (Surgery 25,290,1949), Freeman (Arch. Surg. 61,1145,1950) **não há necessidade de imersão das mãos e braços em bacia com desinfetante.** Basta carregar SABOJET com hexaclorofeno e encher a palma da mão com êste ou outro desinfetante e **esfregar com esta pequena quantidade os antebraços e mãos.**

Uma vantagem adicional do uso de compostos quartenários de amônio e do hexaclorofeno é a de **evitar o emprêgo de talco nas luvas.** Na mão recoberta por êstes desinfetantes **introduz-se a luva com facilidade,** sem talco.

RICHTER LTDA., INDÚSTRIA E COMÉRCIO

RUA PADRE AGOSTINHO MENDICUTE, 142 (SUMARÈZINHO) — TELEFONE: 65-2538 — CX. POSTAL 22.090 — SÃO PAULO



PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

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

Solicito a remessa, pelo correio, de ..... exemplares do livro **"Planejamento de Hospitais".**

Nome .....

Endereço ..... N.º .....

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

A importância de Cr$ 1.000,00 por exemplar, (Cr$ 800,00 para sócios do I.P.H.), segue por: cheque ☐, pagável em São Paulo, reembolso postal ☐, vale postal, ☐ em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º - cj. 64 - S.P.

Em sua obra, o melhor e mais perfeito acabamento com tacos e parquetes técnicamente sêcos em estufas, nas condições de satisfazer as exigências do mais fino gôsto

PARQUET KAPOR TECNICOLA

PEDRO KAPOR

TACOS E PARQUETES

FÁBRICA E ESCRITÓRIO

ESTRADA DA CASA VERDE, 3294 - TELEFONE: 51-5118 — SÃO PAULO

A. H. M. G.

BOLETIM NUMERO 3 — ANO I

REDATOR RESPONSÁVEL

DELCIDES BAUMGRATZ

REDAÇÃO

ALBERTO F. DE CARVALHO

HÉLIO D. ALKMIM

PEDRO RESENDE

ALMIR W. FIGUEIRA

GILSON DE PAULA

ABGAIL TORRES

ASSOCIAÇAO DOS HOSPITAIS DE MINAS GERAIS

SEDE PRÓPRIA — RUA CAETÉS, 530 — EDIFÍCIO CARTACHO — 8.º — 817 — BELO HORIZONTE

Associação dos Hospitais de Minas Gerais

DIRETORIA

Presidente	Dr. José Maria Figueiró
1.º Vice-Presidente:	Dr. Paulo Antunes
2.º Vice-Presidente:	Dr. Alberto Andrés Júnior
3.º Vice-Presidente:	Dr. Joaquim de Pinho Tavares Neto
Secretário Geral	Dr. Delcides de Oliveira Baumgratz
1.º Secretário	Dr. Alberto Freire de Carvalho
2.º Secretário	Dr. Hélio Durães de Alkmim
1.º Tesoureiro	Dr. Euclides de Souza Motta
2.º Tesoureiro	Dr. Antônio Avelino Pinheiro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Dr. Pedro Resende

Dr. Almir W. Figueira

Arquiteto Gilson de Paula

Enfermeira Abgail Torres

COMISSÃO DE ÉTICA E DEFESA

Dr. Sylvio Miraglia

Dr. Antônio Mello Alvarenga

Dr. J. Afonso Moretzsohn

COMISSÃO DE CREDENCIAIS E ELEITORAL

Dr. J. Afonso Moretzsohn

Dr. José Greco

Dr. Francisco Hugo Badaró

Dr. José Schembri

REGIONAL DO NORDESTE

Presidente:	Dr. Joaquim de Pinho Tavares Neto
Vice-Presidente:	Dr. Márcio Teixeira Brant
1.º Secretário:	Dr. Newton Antônio Goulart de Godoy
2.º Secretário:	Dr. Simão Carlos Pereira
Tesoureiro:	Dr. Modesto de Oliveira Filho

REGIONAL DE JUIZ DE FORA

Presidente:	Dr. Alberto Andrés Júnior
Vice-Presidente:	Dr. João Felício Fernandes
Secretário:	Dr. Oswaldo Curry Carneiro
Tesoureiro:	Dr. Olavo Cruz

EDITORIAL

Foi na ensolarada manhã do dia 16 de janeiro que deixamos a Capital rumo ao Nordeste mineiro a fim de trabalharmos na Instalação da segunda Regional da Associação dos Hospitais de Minas Gerais.

Com a costumeira hospitalidade bem própria dos nossos homens do interior, fomos règiamente acolhidos em Sabinópolis, que por prévia deliberação havia sido escolhida para séde dos nossos trabalhos.

Concentraram-se naquele local, representantes de várias cidades da região, trazendo nas suas palavras, as reivindicações justas de profissionais do interior, cujos sacrifícios passam muitas vezes, despercebidos aos olhos dos colegas mais privilegiados da Capital. Traziam, também, um apêlo às Associações de classe de providências no sentido de maior valorização de seu trabalho e melhor assistência àqueles sob seus cuidados.

Os hospitais das pequenas comunidades têm sido na História do desenvolvimento humano, grandes centros culturais, gerando verdadeiras fontes de progresso sócio-econômico de muitos países.

Nem por isso, têm sido, por muitos, considerados como tal e recebido o devido respeito.

De um modo geral são pequenas instituições que crescem a custo de grande sacrifício e abnegação de sua equipe contando, às vêzes, com o mínimo de assistência técnica ficando quasi desamparadas pelas Associações de classe.

Nasce, pois, por parte dos que alí trabalham uma verdadeira descrença para com qualquer associação. Devido à falta de operância de suas congêneres, uma associação que se inicia já é recebida com uma grande indiferença dos que a ela se filiam.

Foi nestas bases que chegou às nossas mãos o apêlo vibrante da Regional do Nordeste.

Sugere-nos seu ilustre presidente, Dr. Joaquim de Pinho Tavares Netto, que façamos da A.H.M.G. uma instituição operosa, pondo em prática as suas finalidades, levantando do ostracismo a rêde hospitalar do nosso Estado, fazendo com que tôdos os estabelecimentos congêneres fossem padronizados com mínimo necessário de organização para um bom funcionamento, devidamente regidos por um estatuto-padrão, cuidadosamente elaborado pela A.H.M.G..

Estabelecidos, de vez, os direitos e obrigações dos hospitais, deixariam êles de ser joguetes políticos nas mãos inescrupulosas de muitos homens.

Lutaremos, pois, com tôdas a intensidade para assegurar uma assistência permanente, um apôio incondicional e uma colaboração contínua aos nossos associados, fazendo com que a Associação se imponha à incredulidade de muitos e cumpra de fato as finalidades para que foi criada.

É do nosso plano ramificar a Associação dos Hospitais em tôdas as regiões do Estado para que, coesos, possamos canalizar as energias em pról do progresso médico-hospitalar.

H.D.A.

1 — Em 26 de junho dêste anos foi lançada a pedra fundamental e iniciadas as obras do HOSPITAL ARAPIARA. Êste nosocômio tem como vocação principal a Reabilitação e Medicina Física. Trata-se de iniciativa particular, cujo projeto prevê uma construção em bloco com 4.500 metros, dos quais o Centro de Reabilitação, ocupará 2.000 metros quadrados, devendo esta etapa ser inaugurada até janeiro de 1961.

---

2 — Promovido pela Sociedade Mineira e Associação Brasileira de Leprologia, realizou-se em B. Horizonte, em julho, um Simpósio sôbre Reabilitação do Doente de Lepra. Foram focalizados os temas:

1) Fisioterapia na prevenção e correção das deformidades causadas pela lepra, relatado pelos drs. Márcio L. Castro (MG) e Fernando Nova (Bahia).

2) Cirurgia reparadora na Lepra, relatado pelos drs. João E. Fagim, Aloisio Almendra e Olendino Prados.

3) Readaptação profissional, relatado pelos drs. José Mariano, Adolfo Brandão Filho e Maria Eugênia G. de Almeida.
Na ocasião foi inaugurado o Centro de Reabilitação, do Departamento Estadual de Lepra.

---

3 — IV.º Congresso da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora — 24 a 28 de agôsto de 1960.

Realizou-se naquela cidade mineira o referido congresso, em homenagem ao Centenário do dr. Hermenegildo Villaça, contando com a decidida colaboração da Associação Médica de Minas e a Faculdade de Medicina de Juiz de Fora. Como nos anteriores, o êxito alcançado pelo certamen foi dos maiores, seja pelo grande afluxo de médicos de várias partes do Estado, como pelos numerosos trabalhos apresentados.

---

4 — Em agôsto dêste ano realizou-se a eleição da Associação Médica de Minas Gerais, tendo à mesma sido inscrita 3 chapas. Com um comparecimento de mais de 1.500 votantes, saiu vitoriosa a chapa encabeçada pelo Professor Oromar Moreira com 622 votos.

---

5 — A eleição da Associação dos Hospitais de Minas Gerais será realizada em 26 de novembro dêste ano.

---

6 — Pelo projeto n.º 1003/60, do deputado Israel Pinheiro Filho, foi a Associação dos Hospitais reconhecida de utilidade pública, pelo Estado.

---

7 — A A.H.M.G., no intuito de dar melhor cobertura aos interêsses dos hospitais do Estado acaba de organizar o Setor Jurídico, com finalidade de assistência jurídica e procuratórios junto às repartições públicas para recebimento de subvenções, doações, etc.

---

8 — A A.H.M.C. já conta com 2 Regionais e espera organizar mais sete, tendo para isto dividido o Estado em 10 regiões, ficando a Zona Centro com a Capital.

---

9 — Foi inaugurado em 16 de julho p. findo a "Assistência Pediátrica de Urgencia", localizada em prédio adaptado, à Rua Santa Catarina, 810. Trata-se de iniciativa particular com a finalidade de atender a emergência pediátrica em sistema ambulatorial e de semi-internamento. É seu corpo clínico constituido por pediatras, cirurgião e traumatologista, estando integrado pelos drs. Nívio B. de Lima, Milton S. Barros, Ney D. Xavier, Ruy de Lima, Fernando J. R. Miranda, Guy F. Janotti, José de Castro Abreu, Ataul B. Fernandes e João dos Santos Filho.

---

10 — Hospital "Frederico Osanan"

Em 6 de agôsto passado foi inaugurado mais êste nosocômio na Capital Mineira. Destina-se a atendimento obstétrico e a pronto socorro. Está localizado na região do Bairro de "Carlos Prates", região desprovida de hospitais. Conta o mesmo com 35 leitos, sendo seu diretor o dr. Helvécio Boaventura Leite.

11 — Conferência do Arq. Jarbas Karman

Para comemorar a data de 2 de julho e a aquisição da séde própria a AHMG, convidou o dr. Jarbas Karman para proferir uma palestra em Belo Horizonte.

Realizou-se, a mesma, na noite de 9 de julho, tendo o conferencista discorrido com o brilho costumeiro sôbre "Centro Cirúrgico". Despertou o assunto vivo interêsse, tendo sido feito numerosas perguntas ao orador, que só cêrca de 23 horas terminou sua explanação.

---

12 — Convênio entre hospitais

A AHMG promoveu uma reunião com o fito exclusivo de debater o belo trabalho do dr. Guedes de Mello Filho (publicado na Rev. Paul. de Medicina, 52:320 — Abril 1958), referente a "Convênio entre os Hospitais do Estado de São Paulo". Mereceu o mesmo aprovação unânime dos presentes, estando a Secretaria fazendo os estudos destinados à implantação do mesm em Minas.

---

13 — IAPC

A fim de solucionar o problema da crescente dívida daquele Instituto para com os hospitais de Belo Horizonte, reuniu-se a Associação dos Hospitais e o Sindicato dos Hospitais de Minas Gerais cujo teor de providências continua ainda em estudo.

---

14 — Ante-projeto do Código de ética da A.M.B.

Foram discutidos os artigos no tocante à relação de responsabilidade do médico e do hospital quanto ao atendimento de pacientes.

---

15 — Jornada em Pará de Minas

Realizou-se em Maio uma jornada da A.H.M.G. em Pará de Minas em que participaram os seguintes membros:

José Maria Figueiró, Euclides Motta, Delcides Baumgratz, Gilson de Paula e Hélio D. Alkmim.

---

16 — Séde própria da A.H.M.G.

Instalou-se a A.H.M.G. em sua nova séde à Rua dos Caetés, 530 Edifício Cartacho — sala 817. B. Hte.

---

17 — Congresso Brasileiro de Enfermagem

Realizou-se em B. Hte no mês de julho p. passado o XIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, sendo muito concorrido, aprovando téses de real valor para a classe.

---

18 — Cadastro de Pessoal

Está em estudo por uma comissão a organização do Cadastro de Pessoal Hospitalar de Belo Horizonte.

---

19 — Reajuste de Taxas Hospitalares

Em reunião conjunta com o Sindicato debateu-se o atual nível de taxas e diárias hospitalares face a ascenção do custo de vida.

20 — Na 39.ª reunião da Diretoria em 16 de Agosto passado foi aprovado o oferecimento do Presidente do Instituto de Pesquisas Hospitalares para que a revista "Hospital de Hoje" passe a publicar o boletim da A.H.M.G.

---

21 — Realizou-se em fins de Julho o "Mutirão" da Sociedade Pestalozzi em comemoração ao 20.º aniversário da Fazenda do Rosário. Dêste mutirão foi estabelecido um programa de atividades para um nucleo assistencial psico-pedagógico, incluindo a construção de uma Clínica Rural, centro de Reabilitação de Adolescentes, Colonia Agrícola para egressos, ginasio, centro social rural, etc.

---

22 — Novos Sócios

Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte

Dr. Marcos Antônio Pimenta de Figueiredo de Rio Vermelho

Dr. Antônio Machado Moita de Pedra Azul

Dr. José Alcides Rennó Mendes de Belo Horizonte

Lactário S. Vicente de Paulo de Oliveira

REGIONAL DO NORDESTE — SÉDE SABINÓPOLIS — RESUMO DE ATAS

Desde sua fundação esta Regional tem desenvolvido um trabalho intenso já tendo sido realizadas 8 reuniões até agôsto, ficando programada a 9.ª reunião para o dia 24 de setembro que se converterá em jornada, pelo comparecimento de sócios de Belo Horizonte.

Tem constituido orientação das referidas reuniões a leitura dos assuntos administrativos e em seguida, em mesa redonda são debatidos os problemas regionais e da cidade onde está a mesma realizando-se. Cada mês é efetuada uma reunião em uma das cidades integrantes da Regional.

A 2.ª reunião realizou-se em 27 de fevereiro, na cidade de Guanhães, onde foram tratados os assuntos locais e gerais destacando-se como tema central o Problema dos Hospitais das Pequenas Comunidades.

A 3.ª reunião realizou-se a 26 de março em Peçanha. O dr. Joaquim de Pinho, presidente, discorreu sôbre o papel da Regional no estabelecimento da harmonia entre médicos, provedores, enfermeiras, etc. Ressaltou ainda o problema da fixação do médico no Interior. A sra. dr. Celso Generoso ressaltou muito o papel educativo da enfermeira pelo seu contato direto com o doente.

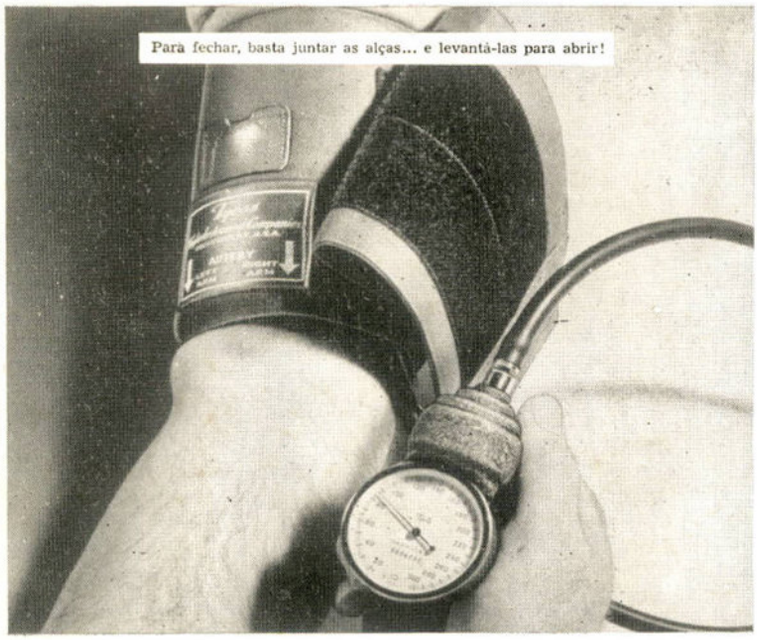
A 4.ª reunião, realizada, em 30 de abril teve como séde a cidade de Virginópolis. Neste encontro usaram da palavra ou apresentaram trabalhos o dr. Joaquim de Pinho, o provedor do Hospital de São João Evangelista, enfermeira Ercy Guerra, dr. José Pinto da Rocha.

Da ata da 5.ª reunião, realizada em 28 de maio, em Serro, podemos extrair o seguinte: de início foi prestada uma homenagem ao decano dos médicos do Nordeste, dr. Antônio Tolentino. Foi lido o ofício protesto enviado pela AHMG ao Ministério da Saúde com referência aos cortes orçamentários feitos na verba de leito dia, sugerido pela Regional. Tal corte tem determinado grandes transtornos na vida dos pequenos hospitais. O dr. José Monteiro abriu os debates em tôrno do problema do hospital da pequena Comunidade. Em seguida foram debatidos os problemas locais.

A 6.ª reunião realizou-se em 25 de junho em D. Joaquim.

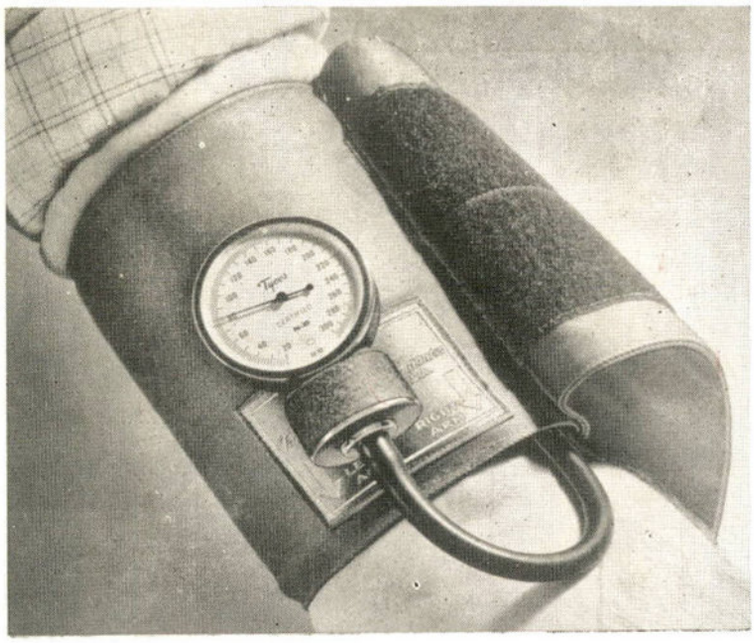
UMA COMBINAÇÃO INVENCÍVEL!

Tycos® *Aneroid com braçadeira Velcro*



MODÊLO PORTÁTIL

Você achará o TYCOS Aneroid Modêlo Portátil mais prático ainda com a braçadeira Velcro. Basta comprimir as duas alças de nylon uma contra a outra e, depois de medida a pressão arterial, separá-las com um leve puxão. Evita os aborrecimentos causados pela dificuldade de adaptação de braço adulto, não escorregando ou oscilando ao ser inflada. *O modêlo portálil é ideal para uso em casas de saúde, consultórios ou chamadas a domicílio.*



MODÊLO DE BÔLSO

O risco de quedas acidentais é reduzido com o Modêlo de Bôlso, que tem o indicador prêso ao gancho de couro... *tornando-o preferível para rotina hospitalar.* E o fêcho Velcro, de grande durabilidade, continua perfeito após anos de uso. Em testes de resistência, a braçadeira foi aberta e fechada mais de 128.000 vêzes, sem perda da pressão. Os modelos de Bôlso e Portátil cabem, ambos, no mesmo invólucro de couro com fêcho-eclair.

O fêcho Velcro consiste em duas alças de nylon, uma coberta de milhares de presilhas acolchoadas, a outra com ganchos microscópicos. Quando comprimidas uma contra a outra, entrelaçam-se. E, no entanto, separam-se fàcilmente. Taylor Instrument Companies, Rochester, New York, E.U.A.

Taylor Instruments SINÔNIMO DE PRECISÃO EM PRIMEIRO LUGAR

Neste hospital não se roga SILÊNCIO

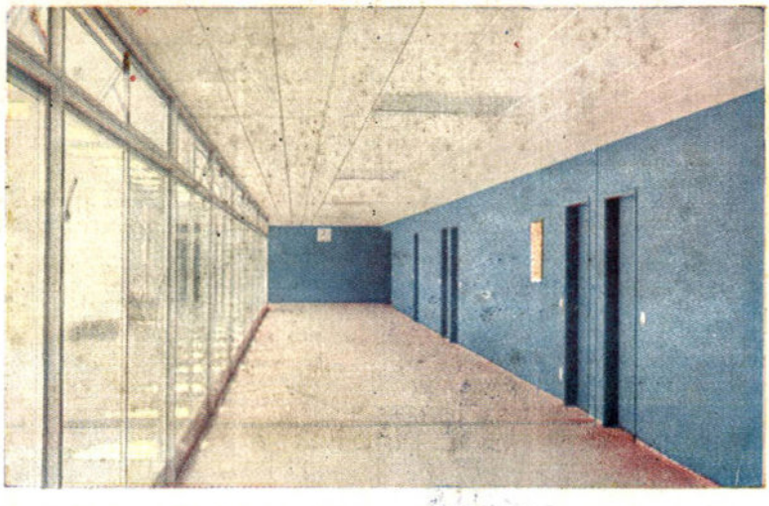
Hospital Sul América (Rio)

IA - SP 436

...a quietude está garantida com fôrro de EUCATEX ACÚSTICO

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 convalecentes, o tratamento dos doentes e, muitas vêzes, o êxito de uma intervenção cirúrgica. Por isso mesmo, Eucatex Acústico é aqui indispensável: forrando teto e paredes, absorve 93% dos ruídos... cria *confôrto 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.