hospital de hoje

VOLUME 21 — NO IX — 1964

Planejamento e Equipamento de Hospitais Médico e Estatística Diagnóstico e Tratamento Serviços Médicos do Hospital Administração Hospitalar Diagnóstico e Tratamento Apropriação do Custo Administração de Farmácia Segurança em Hospitais Psicologia do Trabalho Segurança em Hospitais Administração Geral Orçamento Planejamento e Equipamento de Hospitais Médico e Estatística Diagnóstico e Tratamento Serviços Médicos do Hospital Administração Hospitalar Diagnóstico e Tratamento Apropriação do Custo Administração de Farmácia Segurança em Hospitais Psicologia do Trabalho Segurança em Hospitais Administração Geral Orçamento Planejamento e Equipamento de Hospitais Médico e Estatística Diagnóstico e Tratamento Serviços Médicos do Hospital Administração Hospitalar Diagnóstico e Tratamento Apropriação do Custo Administração de Farmácia Segurança em Hospitais Psicologia do Trabalho Segurança em Hospitais Administração Geral Orçamento Planejamento e Equipamento de Hospitais Médico e Estatística Diagnóstico e Tratamento Serviços Médicos do Hospital Administração Hospitalar Diagnóstico e Tratamento Apropriação do Custo Administração de Farmácia Segurança em Hospitais Psicologia do Trabalho Segurança em Hospitais Administração Geral Orçamento

Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social Médico Administração de Pessoal Públicas Serviços Administrativos Organização e Método Administrativo Geral Serviço Social

IPH

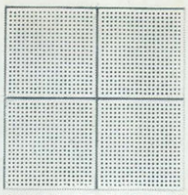
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

ESCOLA PARA FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

ESCOLA PARA FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

I.P.H.

IA-SP 13.056



CHAPA DE EUCATEX ACÚSTICO "A" — 19 MM DE ESPESSURA

CHAPA DE EUCATEX ISOLANTE 60 x 60 - 12 MM DE ESPESSURA

FÔRRO É EUCATEX

O BE-A-BÁ DA ACÚSTICA Constantemente o Departamento de Engenharia da Eucatex S. A. é chamado a resolver problemas de acústica: são novos projetos de escolas, hospitais ou auditórios, cinemas ou igrejas exigindo o conhecimento especializado de profissionais que há muito operam neste setor. Êste tipo de assistência técnica, cuja avaliação seria difícil transformar em cruzeiros, é oferecido pela Eucatex S. A. sem qualquer ônus para os interessados. Tal experiência se traduz no aperfeiçoamento contínuo das chapas Eucatex, com vistas à elevação do índice de absorção do barulho: e um Fôrro Eucatex elimina até 93% dos ruídos. Quando é necessário acrescentar silêncio ao projeto, conte com a ajuda do Departamento de Engenharia da Eucatex S. A. — Av. Francisco Matarazzo, 530 — Telefone: 51-9108 — São Paulo. A resposta às suas questões será imediata!

HEMEL - HIDRO - ELETRO - MECÂNICA DE ENGENHARIA LTDA.

INSTALAÇÕES ELÉTRICAS PARA:

hospitais
cabines de alta tensão
cinemas
clubes
edifícios de apartamentos
edifícios de escritórios
hotéis
indústrias
laboratórios
lojas
postos de gazolina

RUA CONSELHEIRO CRISPINIANO, 69 - 11.º ANDAR

TELEFONES: 35-4473 - 35-0180 — SÃO PAULO

anuncie em "hospital de hoje"

fones: 36-3889
35-2687

Departamento Comercial e de Publicidade:

THEA MARGARETA WINKLER — CARLOS LANNES

OXIGÊNIO DO BRASIL S. A.

OXIGÊNIO — LÍQUIDO E GASOSO.

VÁCUO — CENTRAL AUTOMÁTICA PARA OBTENÇÃO DE VÁCUO SÊCO E REGULÁVEL NO GRAU DESEJADO

CENTRAL E CANALIZAÇÃO — OFERECEM MUITAS VANTAGENS SÔBRE O EMPRÊGO DE TUBOS AVULSOS.

CONSULTE, SEM COMPROMISSO, NOSSA SECÇÃO DE ESTUDOS E INSTALAÇÕES.

SÉDE — S. PAULO: PRAÇA NAMI JAFET, 44 — TELEFONE: 63-3118 — 63-1480

FILIAIS —

S. PAULO: ALAMEDA BARÃO DE LIMEIRA, 866 — FONE: 51-2325

RIO DE JANEIRO: R. CARLOS SEIDL, 241 — FONE: 48-9969

PORTO ALEGRE: AV. BRASIL, 610/612 — FONE: 2-4111, CX. POSTAL, 2098

SANTOS: RUA SENADOR FEIJÓ, 313 — FONE: 2-9224.

CAMPINAS: AV. CAMPOS SALLES, 440 — FONE: 56-29

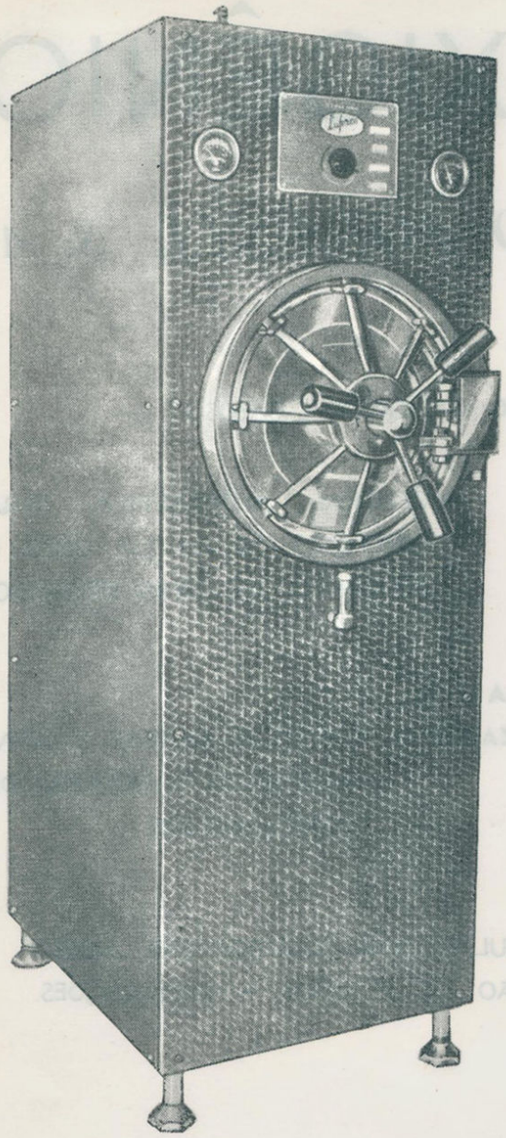
CAXIAS DO SUL: RUA VEREADOR MARIO PEZZI, 816 — FONE: 984

SANTO ANDRÉ: AV. DOS ESTADOS, 342 — FONE: 44-2514

CANOAS: AV. VARIANTE

NOVO HAMBURGO: R. JOAQUIM NABUCO, 244

END. TELEGR.: "OXIBRÁS"



Modêlo 39.215 - ST.

NOVO LANÇAMENTO:

STERILMATIC, "LUFERCO"

PATENTEADA

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO E O PROGRESSO DOS HOSPITAIS, **"LUFERCO"** FABRICA AUTOCLAVES TOTALMENTE AUTOMÁTICAS, ELÉTRICAS OU A VAPOR DE ACÔRDO COM AS NORMAS DO I.P.H.

A autoclave STERILMATIC dispensa a atenção da enfermeira e o contrôle do tempo de esterilização.

Construção segundo a técnica moderna com flange e câmaras em aço inixidável, tipo 304, acabamento polido brilhante; toda soldada com argônio, não possui rebites e nem soldas brancas que geralmente dão vazamento e encurtam a vida das autoclaves.

DIMENSÕES NORMAIS INTERNAS:

Diâmetro	Profundidades
400	600 mm.
500	700 mm.
600	800 mm.

MODÊLO 39.207 de formato retângular, com tampa de fechamento central.

FABRICAÇÃO PRÓPRIA: (LUFERCO)
Autoclaves, Centrais de Esterilização até 1.200 leitos, Estufas com circulação de ar forçado de acôrdo com as normas do I.P.H., **MESAS DE ALTA CIRURGIA,** Bisturi elétrico de corte profundo, com coagulação combinada, Bisturi elétrico portátil. Negatoscopios. Eletrocautério. Eletrochoque. Diatermia. Eletricidade médica em geral.

PLANEJAMENTO E FABRICAÇÃO DOS APARELHOS COMPLETOS PARA:
Laboratórios de Análises — Banco de Sangue — Pequenas Farmácias para Hospitais — compreendendo: Secção de Injetáveis, Comprimidos, Pomadas, Xaropes e **CONJUNTO COMPLETO PARA PREPARAÇÃO E FABRICAÇÃO DE SÔROS.**
MÓVEIS ASSÉPTICOS — Material de aço inoxidável em geral.

REPRESENTAÇÕES:
Aparelhos de Raios X — acessórios de Raios X, Bomba de Cobalto.
Aparelhos de Anestesia — Gases Anestésicos — Ressuscitadores — Incubadoras — Aparelhos de Oxigenioterapia — Lâmpadas de Cirurgia.
Microscopios para Medicina. Pesquisas Científicas. Polarização. Metalurgia. Micro-fotografia. Liofilização. Aparelhos de Laboratórios em geral. VIDRARIA E REAGENTES.

LUTZ FERRANDO
ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S/A.

São Paulo:
Loja com Exposição Permanente: Av. Duque de Caxias n.º 325 — Esquina Av. São João (Estacionamento próprio) — telefones: 51-0151 — 52-4554.
FÁBRICA: Rua Madre de Deus n.º 809/835 — telefone: 93-9412.
RIO DE JANEIRO:
Loja com Exposição Permanente: Largo São Francisco, n.º 34 — telefone: 43-2955
RECIFE:
Avenida Conde da Boa Vista n.º 118.

Quando o **SOCORRO URGENTE** salva uma vida...

A SINALIZAÇÃO HOSPITALAR ERICSSON É DE IMPORTÂNCIA VITAL!

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

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

1 O paciente dá um sinal que...

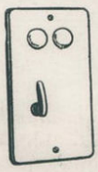
2 é respondido pela enfermeira...

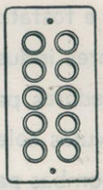
3 e é visto no corredor.

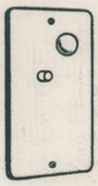
4 No quarto, é desligado o sinal externo da porta e solicitado o médico.

5 Atendido o paciente, o sinal é totalmente desligado.

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







Ericsson DO BRASIL COM. E IND. S.A.

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

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

STARCO sociedade tecnica em ar condicionado

Representantes exclusivos e fabricantes, sob licença dos produtos:

CARRIER **ANEMOSTAT CORPORATION of AMERICA**

Nosso departamento de Engenharia está à disposição de V.S. para resolver seus problemas relativos a Condicionamento de Ar em Salas de Operações, Parto, Berçário, Salas de Recuperação ou Tratamento Intensivo e outros ambientes hospitalares.

Consulte-nos, ou a qualquer das Companhias filiadas à Organização **STARCO-CARRIER**, como sejam:

BELÉM: Camilo Nasser — Avda. 16 de Novembro, 50
BELO HORIZONTE: SIBEL — Rua Zurick, 63
RECIFE: Moraes & Gatis Ltda. — Rua do Hospício, 382
SALVADOR: ENGEBRÁS — Avda. Estados Unidos, 6 - s/ 809
RIO DE JANEIRO: TERM-MAR — Avda. Estados Unidos, 6 - Cj. 902
PORTO ALEGRE: Souza, Lenz & Cia. Ltda. — Avda. Farrapos, 305 - 2º

SÃO PAULO — RUA TAGIPURÚ, 249/271 — Tels.: 52-2087 - 52-6874 - 52-7631

Caixa Postal, 8872 — End. Tel. "Starcalor"

ATA TERMO-INDUSTRIAL LTDA.

"ATA" Termo Indústrial Ltda.

Av. Lins de Vasconcelos, 85/93 — Fones 33-4228 32-8697 - **SÃO PAULO**

- Equipamentos de combustão para fornos cerâmicos.
- Equipamentos de combustão para fornos metalúrgicos.
- Caldeiras para produção de vapor e aquecimento d'agua.
- Decapagem e fosfatização.
- Ventiladores industriais e Estufas diversas.
- Aquecedores para líquidos.
- Válvulas solenoides e segurança.
- Bombas para água e óleos.

Peçam Orçamentos sem Compromisso

Fábrica Rua Machado Fagundes, 269 Petrópolis — RJ

para hospitais, vulcapiso é o melhor remédio

Vulcapiso é um revestimento 100% vinílico: não quebra, não racha, nem descasca. Nunca! Pisos, paredes, colunas e lambris podem receber Vulcapiso. É antiacústico: mais silêncio nos corredores! É antitérmico: melhor temperatura em todos os ambientes! É higiênico: não deixa frestas, é facílimo de se limpar! Vulcapiso é impermeável e resiste a ácidos e agentes químicos. Amortece quedas. Proporciona confôrto no caminhar. É antialérgico. De rápida colocação, com suas trinta côres em três padrões, Vulcapiso acaba com a austeridade ostensiva dos antigos hospitais. Dá beleza e confôrto aos hospitais de hoje.

vulcapiso

Um produto VULCAN **VULCAN MATERIAL PLÁSTICO S.A.**

Rio de Janeiro • Representantes em todo o Brasil.

S. J. de Mello 60.026

COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"

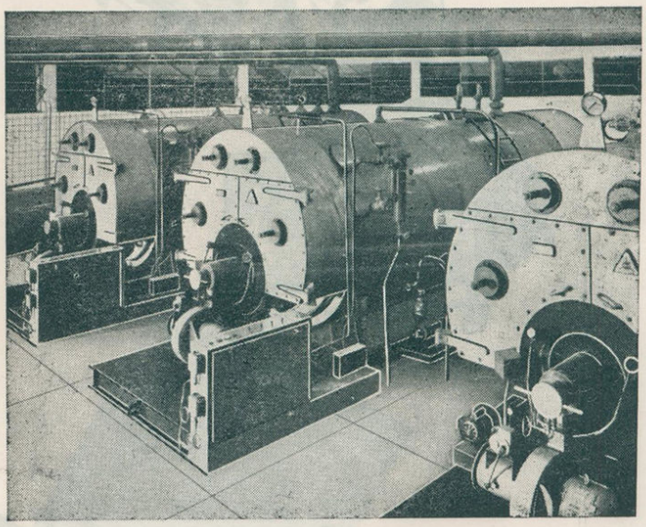
Rua Major Sertório, 200 - 2.o andar - Fone 37-9413 - São Paulo

HOSPITAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE SÃO PAULO

3 Caldeiras, mod. CPA-100, fornecem vapor para todas as secções do hospital, a saber: lavanderia, cozinha, esterilização, vácuo e equipamentos diversos, bem como para o sistema de aquecimento central e ar condicionado.

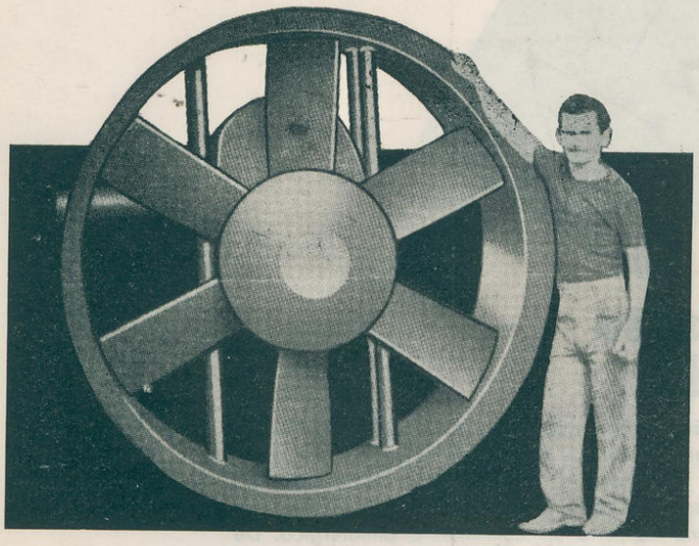
Fabricamos e instalamos

Caldeiras baixa pressão a óleo ou elétricas.
Incineradores de lixo.
Aquecedores elétricos.
Tanques diversos.



Representantes: ENGENHARIA E PROCESSOS LTDA. — RIO DE JANEIRO-GB — AVENIDA RIO BRANCO, 156 — 30.º ANDAR — GRUPO 3010 — TELEFONE 42-1482

EXAUSTOR PARA VAPORES DE 20.000 REFEIÇÕES / DIA



ÉSTE GIGANTESCO EXAUSTOR ESTÁ MONTADO NA NOSSA INSTALAÇÃO CENTRAL DE EXAUSTÃO DE VAPORES DA COZINHA DOS JÓGOS PANAMERICANOS DA CIDADE UNIVERSITÁRIA. — APESAR DO SEU TAMANHO É ALTAMENTE SILENCIOSO. —

FABRICAMOS TAMBÉM EXAUSTORES ESPECIAIS PARA:

CAPELAS DE LABORATÓRIOS — SALA DE RAIOS X — LAVANDARIAS, NECROTÉRIOS, TIRAGEM DE CALDEIRAS, CÂMARAS ASSÉPTICAS, SALAS DE ESTERILIZAÇÕES, ETC.

ENDEREÇOS:

Escritório:

R. Dutra Rodrigues, 37 - Luz - S. Paulo - Fone 37-7426

Fabrica: **R. Mal. Hermes da Fonseca, 61/67 - S. Paulo**

anemotérmica

Engenharia e Indústria Ltda.

Néo-Cirúrgica

equipamento médico hospitalar ltda.

RUA AUGUSTA, 1.378 — Sobreloja D
São Paulo

Caixa Postal 22090 — Fone 31-2035

ESCRITÓRIO TÉCNICO

HEINRICH G. ZWILLING & CIA. LTDA.

INSTALAÇÕES:

HIDRÁULICAS

ELÉTRICAS,

AR CONDICIONADO

FISCALIZAÇÕES

EXECUÇÕES

PROJETOS

Engenheiro Responsável: Italo Ronconi

PR. DOM JOSÉ GASPAR, 30 - 20.º - S. PAULO - FONE: 36-0673

IMPERMEABILIZADORA MINEIRA

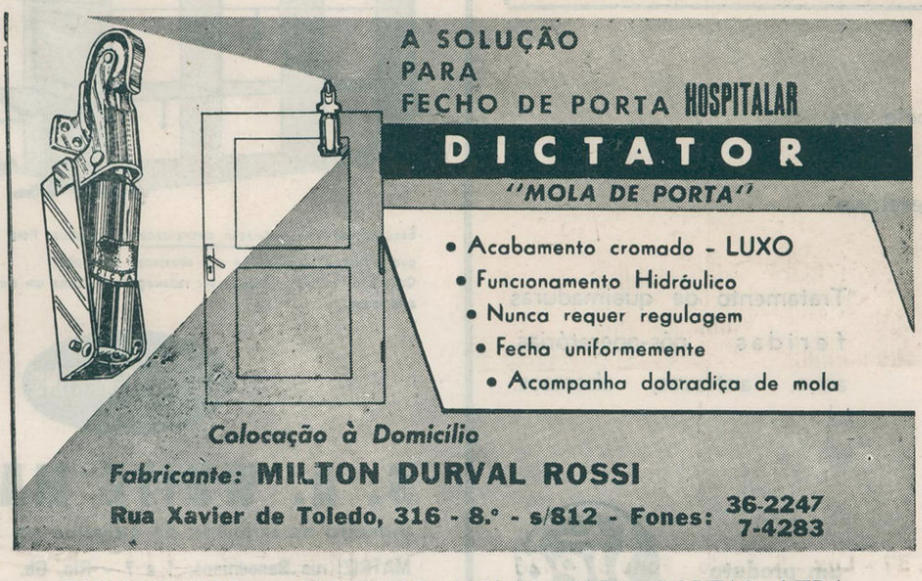
Rua Barão do Triunfo, 786 — Brooklin — Tel.: 61-6498 — São Paulo

ESPECIALIZADA EM: Impermeabilização de lajes, piscinas, caixas d'água, com ou sem isolamento.

DISTRIBUIDORES E COLOCADORES AUTORIZADOS DA LINHA EUCATEX

Forros — Divisões — Pisos flutuantes

Nossos serviços com a linha EUCATEX estão sendo utilizados na construção do Hospital Albert Einstein



DISTRIBUIDORA: DICTATOR MOLAS PARA PORTAS LTDA.
FONES: 36-2247 e 7-4283

Hoffman

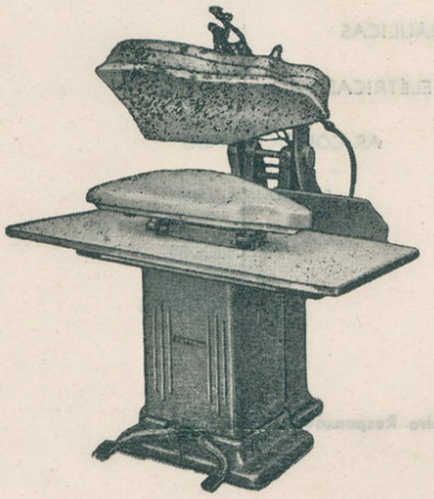
A prensa de passar roupa de fama mundial agora fabricada no Brasil sob licença e supervisão da:

U.S. HOFFMAN - MACHINERY CORP.

NEW YORK U.S.A.

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

Indicamos alguns Hospitais aos quais já fornecemos prensa de nossa fabricação: Irmandade da Sta. Casa de Misericórdia — Santos Irmandade da Sta. Casa de Misericórdia — Porto Alegre. Hospital Sta. Helena — São Paulo. Hospital das Clínica (ortopedia) — S. Paulo. Hospital Felicio Roxo de B. Horizonte



HOFFMAN PANCOSTURA MÁQUINAS S. A.

RUA AURORA, 59 — FONE 34-9177 — S. PAULO

PODEROSO ANTISSÉTICO E DETERGENTE

TERGENTOLATE

Desinfecção da pele em geral: mãos do cirurgião, campo operatório.

Tratamento de queimaduras feridas pós-operatórias, acne, antrazes, abcessos.

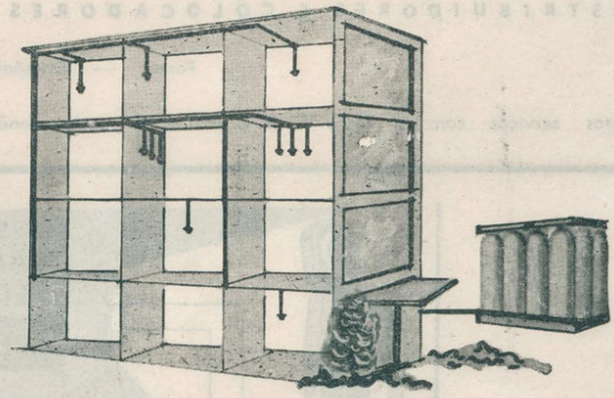
um produto Steg

Não Vendo é Melhor ... Basta Sentir

O que deprime o doente é o aparelhamento, a movimentação dos cilindros, a presença do servente... O oxigênio, faz bem, alivia, cura, conforta até mesmo os bons de saúde.

O que incomoda o médico, a enfermeira, o diretor do hospital é a repetição infindável de "troca-cilindros", em tôdas as dependências, inclusive a sala de operações.

A solução é tão simples... OXIGÊNIO CANALIZADO da S. A. White Martins. E que confôrto! que segurança!



Esquema de uma instalação centralizada de oxigênio. Fora do edifício, os cilindros que formam o "manifold" e que abastecem o hospital

Quando o "manifold" precisa ser recarregado, funciona um sistema perfeito de alarme automático.

S.A. WHITE MARTINS OXIGÊNIO

S. A. WHITE MARTINS

pioneira na indústria de oxigênio no Brasil

MATRIZ: rua Beneditinos, 1 a 7 - Rio, Gb.

Filiais em todo o país

A4-P13

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 científica sem fins lucrativos, cujo objetivo é o desenvolvimento hospitalar nacional em bases racionais e científicas.

HOSPITAL DE HOJE IS THE OFFICIAL JOURNAL OF THE IPH — BRAZILIAN HOSPITAL RESEARCH INSTITUTE, WHOSE AIM IS HE IMPROVEMENT OF HOSPITALS IN SCIENTIFIC AND RATIONAL BASIS.

IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares:

Personalidade Jurídica - sob n. 2.076 em 27-4-1954 - 4.º R. T. D. Entidade de Utilidades Públicas — Lei Estadual n.º 4.774, de 12-8-1958 Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal n.º 44.735, de 23-10-1958 Conselho Nacional de Serviço Social — N.º 119.10, de 16-12-1959 —

SEDE E REDAÇÃO DO IPH
Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º and. conjunto 64 - fone: 36-3889
São Paulo — Brasil

Direção e Redação da Revista:

Diretor e Redator Responsável: Jarbas Karman. Redatores: Martinus Pawell, Pedro Ferraz do Amaral. Diretores de Seção: Editorial: José Reis, Vicente Amato Neto. Psicologia Hospitalar: Betty Katzenstein, Maria Aparecida Albertini, Noemy da Silveira Rudolfer, Sonia Letayf Lipszic. Laboratório Henrique Elkis, Isaac Aamar, Otávio A. Germeck. Farmácia: Carlos H. Robertson Liberalli Henrique Tastaldi, Quintino Mingoja. Anestesia: Antônio Pereira de Almeida, Kentaro Takaoka, Salvador Cromberg. Enfermagem: Glete Alcântara, Maria Mantoanelli, Maria Rosa de Souza Pinheiro, Zelia Fonseca Moysés. Normas: Eudoro L. Berlinck, Francisco Inácio de Araújo Silva. Sumário Inglês. e Revisão: Charles Honnod G. Crispin L. David Porgen. Projetos: Jarbas Karman, Constantin Schonburg. Nutrição: Ary Lopes de Almeida, F. Pompeu do Amaral. Desinfetantes e Esterilização: Eulina Bastos Richter, Jarbas Karman. Frio e Calor: Remy Benedito Silva. Radioterapia: Carlos de Campos Pagliuchi, Renato Araujo Crintra. Radiodiagnóstico: José Medeiros Sobrinho. Noticiário: Martinus Pawell. Instalações: Alfredo Willer. Administração: Cornelio Rosenburgo, Ruy Buller Souto. Acústica: Roberto Paulo Richter. Relações Públicas: Alamis Cardoso. Saúde Pública: Humberto Pascalli, Paulo Carvalho Castro, Rodolf dos Santos Mascarenhas. Capelania Hospitalar: Pe. Ricardo Mendes Tahan. Serviço Social Médico :Décio Silva Barros. Conselho Consultivo: Enrique Elkis, Nédya Dorsa, Nemesio Bailão, Oscar Motta Mello Junior, Reynaldo Neves de Figueiredo, Wilson Guimarães. Secretaria do IPH: Iracy Siqueira, Théa Margareta Winkler. Contabilidade: Magdalena Sipos. Desenhos: Maria Lúcia A. Moreira Campos, Milton Dias Medeiros. Diretor Assistente Comercial: Carlos Lannes. Distribuidor: Vicente B. Gegliardi, Rua do Carmo, 38 — sala 402, fone: 22-0311 — 52-3909, Rio de Janeiro — Gb-ZC-00

Boletim da Associação dos Hospitais de Minas Gerais — Diretor Responsável: Delcides de Oliveira Baumgratz. Impressão: Brusco & Cia. Rua Luiz Gama, 764 — Telefones: 33-7200 — São Paulo — Brasil. Clichês: Angelo Lastri e Filho. OS ARTIGOS E PROJETOS ASSINADOS SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DE SEUS AUTORES.

I N D I C E

REPRESENTAÇÕES E CORRESPONDENTES DO IPH .... pg. 2

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SÓCIO DO IPH ..... pg. 3

PLANEJAMENTO DE HOSPITAL ..... pg. 3

A ORGANIZAÇÃO DO QUADRO MÉDICO NO HOSPITAL MODERNO .....

THE MEDICAL STAFF IN THE MODERN HOSPITAL — Ari de Castro Fernandes ..... pg. 5

VANTAGENS NO ALOJAMENTO DAS CRIANÇAS JUNTO ÀS MÃES NAS MATERNIDADES .....

ADVANTAGES OF THE ROOMING — IN PLAN FOR MOTHER AND BABY — Celina Viegas ..... pg. 17

TUBULÃO PARA RETORNO DE ROUPA .....

THE LAUNDRY CHUTE IN HOSPITALS — Jarbas Karman ..... pg. 23

TERAPÊUTICA DE HOJE ..... pg. 27

A IMPORTÂNCIA DE BONS SISTEMAS DE APURAÇÃO DE CUSTOS NO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR .....

IMPORTANCE OF COST FINDING IN FINANCING HOSPITAL CASE — José Sady Netto ..... pg. 29

REPRESENTAÇÕES E CORRESPONDENTES DO IPH

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. Esses núcleos, sempre que possível, são integrados por uma equipe composta de um médico, um arquiteto ou engenheiro, um administrador hospitalar e uma enfermeira.

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

SEDES ESTADUAIS DO IPH

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

DISTRITO FEDERAL
IPH — Brasília — Distrito Federal
Quadra 16 - c/134
Representante: Arq. Germano Galler

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

GOIÁS
IPH — Goiânia — Goiás
Av. Tiradentes, 29
Representante: Arq. Elder Rocha Lima
Eng. Jacinto de Oliveira Belem

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

MINAS GERAIS
IPH — Belo Horizonte — Minas Gerais
Av. do Contôrno, 2.887
Representante: Dr. Delcides de Oliveira Baumgratz

MINAS GERAIS
IPH — Araxá
Rua Getulio Vargas, 391 - fone: 486
Representante: Dr. Ademar Rodrigues Vale Jr
Dr. Mario Cecilio Salomão

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

IPH — Governador Valadares
Representante: Dr. Julio Costa Pacheco

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

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

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

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

IPH — Uberaba
Rua Frei Paulino, 40 - Fone 2239
Representante: Revma. Madre Maria Angelina Rezende

Secretária: Revma. Irmã Maria de Belém

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

IPH — Curitiba — Paraná
Caixa Postal 182
Representante: Eng. Alfredo Willer

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

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

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

RIO GRANDE DO SUL
IPH — Pôrto Alegre — Rio Grande do Sul
Edifício Clube do Comércio, apto. 103
Representante: Dr. João Pacheco Soares Xavier

IPH — Pelotas
Rua Voluntária, 410
Representante: Dr. João Feliciano Xavier
Secretário: Arq. Raphael Gomes Lopes

IPH — Sta. Maria
Av. Ipiranga 23-32
Representante: Alcides Pozzobon

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

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

SÃO PAULO
IPH — Caconde
Irmandade de Misericórdia
Representante: Sr. Francisco S. Nigró

IPH Campinas — São Paulo
Rua General Osório, 1542
Representante: Irmã Maria de Fátima G. da Silva

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

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

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

REPESENTANTES NO EXTERIOR

ALEMANHA
IPH — Dusseldorf — Alemanha
Klosterstr. 35
Representante: Arq. Richar — Joaquim Sahl

ALEMANHA
IPH — Berlim — Alemanha
Technische Universität Berlin
Instituto Für Krankenhausbou Berlin - Charlottenburg 2 den
Representante: Prof. Peter Pcelzig

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

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

IPH — Mendonza
Colon, 371
Representante: Arq. Aristides Cottini

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

BOLIVIA
IPH — La Paz — Bolivia
Serviço Cooperativo Interamericano de Salud Publica
Plaza Franz Tamoyo
Representante: Arq. Oscar Cortes Valda

CHILE
IPH — Santiago do Chile — Chile
Racicuda Mantalván 1858
Representante: Dr. Hugo Calderún Campusano

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

ESTADOS UNIDOS
IPH — Washington — Estados Unidos
Division of Hospital ond Medical Facilities
Representante: Arq. August Hoenack

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

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

GUATEMALA
IPH — Guatemala
Hospital Roosevelt
Representante: Dr. Salvador Hernandez
Secretária: Enfa. Guilhermina Flores Pons

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

PARAGUAI
IPH — Assunção
Luiz Alberto de Herra, 468
Representante: Dr. Mafud Abed
Secretária: Enfa. Cecilia Rojas Britz

PORTUGUAL
IPH — Lisboa
Rua General Alves Roçados Sintra
Representante: Arq. Eduardo Valente Esteves Hilario

SUIÇA
IPH — Lausanne — Suiça
I.R. St. Pierre
Representante: Arq. William F. Vetter

ESPANHA
IPH — Madrid — Espanha
Av. Doctor Arce n.º 11
Representante: Arq. Aurelio Botella

INGLATERRA
IPH — Birmingham — Inglaterra
101 Hogley Rd, Edgbaston
Representante: Dr. Donald A. Goldfinch

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

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

HUNGRIA
IPH — Budapest — Hungria
Manyoki U. 3
Representante: Arq. István Fekete

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

SUECIA
IPH — Stockholm — Suécia
88 N. Maelarstrand
Representante: Arq. G. Birch-Lindgren

GHANA
IPH — Kumasi — Ghana
Kwame Nkrumah University of Science & Technology
Representantes: Arq. Miro Marasovic
Dr. E. W. Q. Bannerman

CORRESPONDENTES DO IPH

Walter Claudio Coimbra Tabosa
Organizado Mundial de Saúde
Departamento de Saúde Pública do Paraná
República do Paraná
Arq. Joseph Neufeld
133 Fifth Avenue
New York 3 — N. Y.

PROPOSTA PARA SÓCIO

OBS. São Imprescindíveis 2 Fotografias 3 x 4 cm

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

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

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

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

ESCREVA BEM LEGÍVELMENTE

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

2 — NOME DA ENTIDADE .....

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

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

.....

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

6 — ENDERÊÇO INDIVIDUAL .....

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

.....

7 — ENDERÊÇO 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

.....

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

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

.....

ANUIDADE: Cr$ 2.000,00: PARA SÓCIO INDIVIDUAL — Cr$ 5.000,00: PARA SÓCIO COLETIVO

PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

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

Solicito a remessa, pelo correio, de ..... exemplares do livro **"Planejamento de Hospitais"**.

Nome .....

Endereço ..... N.º .....

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

A importância de Cr$ 10.000,00 por exemplar encadernado, (Cr$ 8.000,00 para sócio do I.P.H.) e Cr$ 6.000,00 em brochuras, segue por: cheque △, pagável em São Paulo, reembolso postal △, vale postal, □, em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — R. Xavier de Toledo, 210 — 6.º - 36-3889 — SP

Pisovinil Ltda.

PISOS

PAVIFLEX de vinil — amianto, único fabricado no país.

PAREDES

REVIFLEX E VIDROPLAST para paredes a prova de bactérias. LAVÁVEIS E ESTÉTICOS.

HOSPITAIS COM PAVIFLEX

Hospital das Clínicas
Hospital I.A.P.I.
Hospital Modêlo
Hospital Municipal
Hospital Cristo-Rei
Hospital da Criança Defeituosa
Hospital N. S. de Fátima
Hospital Distrital de Brasília
Santa Casa de Valinhos
Santa Casa de Araraquara
Santa Casa de São José do Rio Preto.
Casa de Saúde Santa Rita

PRAÇA DA REPÚBLICA, 162 — 10.º andar — tels. 35-8047 — 34-1293 — São Paulo

MERCEDES I M E C

PRODUTOS DE ALTO PADRÃO

APRESENTA COM ORGULHO SUA CAMA TELESCÓPICA

Mecanizada ou Eletrônica

Posição Alta

Posição Baixa

O Máximo em confôrto para o paciente
O Máximo em confôrto para a enfermagem

— Posição alta (82 cm)
— Posição baixa (45 cm)
— Posição Trendelenburgo
— Posição Fawler
— Transporte suave; rodas com rolamentos e borracha
— Acionamento eletrônico ou mecânico
— Adaptação de grades protetoras
— Adapração de quadro balcânico
— Adaptação de hastes para sôro
— Uso de Freios de direção
— Uso de Freios de posição
— Protetores de borracha contra batidas
— Segurança por desligamento automático das manivelas nas posições extremas.

INDÚSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

Escritório e Fábrica: RUA MERCEDES, 101 — SÃO PAULO - Fones: 5-0251 e 5-0072 - BRASIL

A ORGANIZAÇÃO DO QUADRO MÉDICO NO HOSPITAL MODERNO

THE MEDICAL STAFF IN THE MODERN HOSPITAL

Ao publicar êste magnífico trabalho do

ARI DE CASTRO FERNANDES

Hospital de Hoje deseja render justa homenagem à sua cultura e inteligência de que tão cedo o Brasil se viu privado.

I. O DOENTE, O MÉDICO E O HOSPITAL

As relações profissionais entre médico e doente podem ocorrer em três classes de ambientes físicos: — a domicílio, em consultório ou em hospital. E' quase unânime a opinião, segundo a qual o tratamento hospitalar, de modo geral, é mais eficiente e mais confortável que os outros dois tipos, tanto para o médico quanto para o doente. Todavia nota-se nítida relutância em aceitar na prática tal fato e suas conseqüências, preferindo-se recorrer à internação hospitalar apenas em casos estritamente indispensáveis, quase sempre cirúrgicos. Tal atitude esquiva se observa mesmo em pessoas esclarecidas (e talvez mais nelas que noutras), as quais não invocam fracos argumentos de ordem sentimental, mas, via de regra, ferem o ponto fundamental da questão: — o problema da relação pessoal e direta com o **seu** médico.

Note-se que não estamos nos referindo aqui à "casa de saúde", tipo peculiar de nosocômio, de certo modo semelhante a um hotel especializado, que oferece, ao doente e seu respectivo médico, certas instalações técnicas.

O problema, que acima apontamos como sendo fundamental, é realmente de primeira monta. Há quem se apegue a êle com excessiva intransigência e o defenda com demasiado calor. Outros erradamente dêle descuraram e, na solução das questões de medicina social, foram obrigados a reconsiderar, com a merecida atenção, aquilo que antes lhes parecera mera trivialidade; tal é o exemplo de países que, ao se preparar para ingressar na prática da medicina socializada, julgaram a princípio poder relegar a segundo plano a questão das relações pessoais entre médico e doente, e hoje são obrigados a levá-la na devida conta.

Considerando-se, do ponto de vista do doente, a questão de sua internação em hospital que dispõe de quadro médico próprio, veremos que, desde logo, ela se apresenta sob dois ospectos pouco favoráveis. Não sòmente deixará de estar sob os cuidados do **seu** médico — o "médico da família", figura ainda e sempre decisiva e indispensável — para se entregar aos de outro, que talvez nem sequer conheça de nome ou de vista, como também apresentará o seu caso segundo vias e rotinas inteiramente novas para êle, doente, e sobretudo muito diversas daquelas que costumava usar na vida corrente extra-hospitalar.

Esclareçamos isto, que nos parece de particular importância.

Na vida corrente de todos os dias, fora do esquema hospitalar, como se processa habitualmente o primeiro contacto do doente com o médico? Como o primeiro está acostumado a procurar o segundo, em busca de tratamento para seus males?

Excetuemos, de início, os casos de traumatologia de emergência em que o doente não se encontre em condições de escolher quem o assista, e deva ser atendido pelo primeiro médico que seja convocado para o socorro de urgência. Nesta hipótese não existe o nosso problema.

Os demais casos comportam desdobramento em duas alternativas. Na primeira, o doente supõe saber a quem deva se dirigir, e poderá escolher, como freqüentemente faz, um especialista. Tal seria o caso de quem procura um oftalmologista porque sente a "vista fraca"; ou o de uma senhora que se dirige a um ginecologista, por apresentar distúrbios dismenorreicos, ou a um obstetra, por se achar em estado de gestação. Muitas vêzes o doente escolhe com acêrto a especialidade em que se enquadra o seu caso. Não raro, porém, perde tempo e dinheiro. Com grande freqüência, as senhoras atribuem à gravidez o que ocorre à conta de um fibroma, ou tomam por simples disfunção acidental o que é gravidez incipiente, ou mesmo prenhez tubária. A correção aqui é pronta e fácil, e um especialista logo transfere o doente aos cuidados de outro. Trata-se de especialidades muito interrelacionadas.

Não é o que ocorre, porém, na grande maioria das vêzes, em que o doente errou a porta. Via de regra o especialista transfere o doente a um clínico — o "clínico geral", ou fá-lo voltar ao "médico da família".

Monografia premiada no concurso instituido, em 1948, pela Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento, do D.A.S.P.

Na segunda hipótese, muito mais freqüente que a primeira, o doente não sabe precisamente a quem se dirigir, ou porque seja de poucas luzes, ou porque o quadro sintomatológico não seja claro e definido ao seu entendimento leigo. Neste caso procura o clínico e, voltamos a insistir, tal é ocorrência numèricamente predominante, em percentagem muito mais alta do que se poderia supor ao primeiro exame. Assim acontece na quase totalidade dos casos em pequenas ou médias cidades do interior. E, nos grandes centros urbanos, neste grupo também incidem aquêles doentes que, desnorteados ante a prejudicial superespecialização, procuram no clínico geral um conselheiro que lhes aponte a especialidade e o especialista melhor indicáveis ao caso.

Atente-se agora a uma circunstância altamente significativa.

Os advogados da ultra-especialização costumam sublinhar seus conhecidos argumentos com o exemplo dos países estrangeiros de alto padrão cultural, particularmente com o dos Estados Unidos da América, reputado o paraíso dos especialistas.

A verdade dos fatos é outra. As estatísticas, que há quarenta anos vêm sendo anualmente publicadas pelo "Committee on Medical Economics", da "American Medical Association" (Chicago, Ill.), sob o título "Factual data on Medical Economics", confirmadas sem discrepância pelas do Serviço Federal de Saúde Pública, e do Departamento do Trabalho, mostram que se mantém constante a percentagem de distribuição dos médicos, sempre em tôrno de 20% apenas em especialidades e 80% na clínica geral. Tal distribuição é muito lógica, pois que, por outro lado, está exaustivamente comprovado que 80% ou mais dos casos podem ser satisfatòriamente tratados pelo clínico geral — o "general practitioner". Os magníficos relatórios (27 volumes) da justamente famosa "Committee on the Cost of Medical Care" (Universidade de Chicago, 1933) elevam esta percentagem a 85%. (*)

Compreende-se, então, porque os autores norte-americanos, bem como os europeus, recomendam sempre, com particular insistência, que o acesso do doente ao especialista se faça através do clínico.

Não hesitaremos em endossar tal ponto de vista, salientando a conveniência de observá-lo, tanto mais quanto maior seja o número de especialidades e subespecialidades, em que se fracione o exercício prático da atividade médica.

Examine-se a dinâmica da grande maioria dos hospitais — particularmente dos nossos — e logo se verá que, até mesmo naqueles, providos dos chamados "serviços de triagem", o papel de triagem, exercido pelo clínico, a subseqüente prevalência do ponto de vista clínico no tratamento não aparecem na medida em que tal seria desejável. E mais que isso não ocorre, porque a própria estrutura dos quadros médicos torna tal regime inviável, como adiante se verá.

Perguntar-se-á, então: — por que a maioria dos hospitais persiste em manter uma estrutura, que se reputa inadequada à solução de um problema básico?

A resistência passiva à mudança de padrões quase seculares oblitera a compreensão de que o hospital moderno, de quadro médico próprio, não desempenha mais papel que, até os primórdios dêste século, era a êle reservado — o de assistir ao indigente e servir como centro de aplicação do ensino médico — enquanto a "casa de saúde" recebia os melhor afortunados. Ao hospital de tempos idos convinha o escalonamento hierárquico dos cargos médicos, componentes de seu quadro, como ainda hoje convém ao hospital escolar; não, porém, ao nosocômio moderno, em que doentes de tôdas as classes econômicas e sociais recebem assistência médica de um quadro estipendiado por instituições de previdência, de proteção de classe, de auxílios mútuos ou congêneres.

(*) A cifra de 80% aparece nas estatísticas anuais mais recentes. A de 85%, foi apurada no relatório aludido resultante de importante inquerito geral, feito nos Estados Unidos da América em 1930-33; a pesquisa, longa onerosa, infelizmente ainda não foi renovada, desde aquela data — motivo pelo qual não podemos apresentar estatísticas mais recentes que a comprovem.

Haverá meios práticos e eficientes de obviar as desvantagens da clássica estrutura dos quadros médicos e substituí-la por outra, mais consentânea com as exigências dos tempos presentes?

Tomemos como resposta o exemplo altamente ilustrativo de um, entre muitos hospitais modernos, que já encontraram a boa solução — precisamente o de uma das instituições de mais alta reputação mundial: — a Clínica Mayo, em Rochester.

Ali, excetuados os casos de traumatologia de urgência, a admissão de todo e qualquer doente, ao ambulatório ou para internação, é sempre feita pelo Departamento de Clínica Médica, incumbido da triagem, do exame geral e da abertura da chamada "fôlha mestra" da "observação" inicial. Se se tratar de doente portador de afecção, que seja única e exclusividade atribuível a uma especialidade (p. ex. — uma criança em bom estado de sanidade geral, portadora de um "pied bot"), procede-se à transferência definitiva para o respectivo Departamento (no caso — o de Ortopedia). Desde que não se trate de um caso muito bem delineado, como êsse, o doente é considerado como caso **efetivo** (active) de Clínica Médica, que por êle é responsável, que o visita e controla, embora a principal afecção de que é portador obrigue a colocar tal doente sob assistência mais contínua e direta de outro Departamento especializado; tal seria a hipótese de um doente portador de calculose renal, com um sôpro cardíaco e lesões de fundo de ôlho, que poderia ser atribuído primeiro ao Departamento de Urologia, depois ao de Oftalmologia, sempre, porém, sob contrôle do de Clínica Médica. Em qualquer hipótese, depois da "alta" no ou nos Departamentos especializados, seja qual fôr o caso, o doente é reexaminado pelo Departamento de Clínica Médica, único autorizado a dar a "alta" clínica definitiva.

Assinalamos, desde já, que o regime, acima descrito, trouxe conseqüências imediatas muito interessantes, valendo destacar:

a) que a predominância da Clínica Médica importou em destinar a ela 10 andares do edifício principal, ficando apenas 5 para as especialidades — valendo notar que a cota de 33% ultrapassa a de 20%, antes citada, porque o grande prestígio, de que goza a instituição, para ela atrai elevado número de casos difíceis e especializados; poder-se-ia concluir, erradamente, que, na Clínica Mayo, as intervenções cirúrgicas seriam em número proporcionalmente pequeno; considerando-se, porém, que, em última análise, cirurgia é apenas uma forma especial de terapêutica, compreende-se, então, que o doente seja entregue aos cuidados do Departamento Cirúrgico para a execução de determinada técnica, mas que os seus problemas médicos, nos estados pré e post-operatórios, fiquem sob o contrôle da Clínica Médica; na verdade, o resultado prático é que ali os leitos cirúrgicos são pouco numerosos, mas grandemente ativos;

b) que se tornou imperativo dar ao Departamento de Clínica Médica excelente organização, altamente eficiente, para que pudesse suportar o grande pêso de suas atribuições e arcar com a pesadíssima responsabilidade de ser o eixo de gravitação de todo o sistema — fato que, no dizer dos dirigentes da Clínica Mayo, explica o padrão profissional ali atingido.

Êsse foi o primeiro passo no sentido de atender aos legítimos interêsses do doente. O segundo, e definitivo, referente à estruturação do quadro médico, levaria em consideração aquilo que Bachmeyer implicitamente salientou, ao advertir que "o doente raramente fala do **meu** hospital, mas com freqüência alude ao **meu** médico". (*) Antes, porém, vejamos qual a posição do Corpo Médico dentro da moderna organização hospitalar.

*) Bachmeuer, Artur C. — Selecting and organizing the medical estaff — in Bachmeyer, Artur C. and Hartman, Gerhard (Ed.): "The Hospital in Modern Society" — The Commonwealth Fund — New York, 1934 — pág. 133.

II. O CORPO MÉDICO DO HOSPITAL MODERNO

Tal como em relação ao Estado, distinguem-se nìtidamente no hospital moderno as **funções governativas** — no sentido programático e normativo — das **funções executivas**, essencialmente técnicas. A lei permite, aqui ou alhures, que a direção de um hospital seja exercida por leigos, desde que as funções executivas sejam exclusivamente desempenhadas por médicos sob a autoridade técnica e funcional de um médico.

Na verdade, predominam numèricamente as instituições governadas por comissões ou conselhos em que os médicos estão ausentes ou em minoria. Não cabe aqui discutir os prós e contras de tal fato, mas tão sòmente verificá-lo, bem como sua decorrência principal. Implica êle na conseqüente delegação de competência e de autoridade, aos médicos, para prestar assistência aos doentes. Em direta correspondência com essa transferência de responsabilidade, e na medida em que ela ocorre, cabe ao pessoal médico dar provas de eficiência técnica e profissional.

Ora, — mediante a exibição de diploma, obtido e registrado na forma estabelecida em lei, um médico está habilitado, em pé de igualdade com qualquer outro, ao exercício de sua profissão; a lei só intervirá novamente para cassar seu diploma, caso tenha transgredido regras ou princípios essenciais, codificados no sentido de proteger o direito de terceiros. Fora disso, a lei não estabelece quaisquer limitações ao direito de livremente exercer a profissão, nem cogita de graduar os médicos segundo sua proficiência técnica. Daí resulta que os responsáveis, freqüentemente leigos, pelo govêrno e direção de uma instituição hospitalar, se defrontam com o grave e difícil problema de julgar da eficiência profissional dos médicos.

Para o ato de admissão, a questão pode encontrar solução parcial (e por isso mesmo insatisfatória) no emprêgo criterioso de boas técnicas de seleção de pessoal, com as quais se procura aferir o grau de preparo técnico dos candidatos. Entretanto, ao crivo inicial escapa a apreciação de aspectos outros, fundamentalíssimos, tais como — honestidade profissional, comportamento acorde com os princípios de deontologia, atitude de cooperação com a instituição. Além do mais, cumpre notar que seleção e ajustamento de pessoal são processos contínuos.

Dir-se-á que tais problemas, como outros de administração de pessoal, surgem em qualquer emprêsa, — e que uma administração esclarecida saberá como manejá-los. E' exato, até certo limite. Não há negar que é matéria delicada e difícil apreciar a eficiência profissional de um médico, por vêzes mesmo até por outro médico, tão competente ou mais que o primeiro; mais delicada e difícil ainda, quando se trata de julgar, de decidir, de tomar uma atitude, clara ou implicitamente punitiva; e tudo se agrava, quando a deliberação pesa sôbre um leigo, tècnicamente desarmado para essa tarefa.

Como obviar tais dificuldades?

Verificaram os administradores europeus e norte-americanos: — que, de modo geral, todo médico sabe, melhor que ninguém, de suas próprias fraquezas e limitações, embora poucos tenham a coragem e o desejo de confessá-las a leigos; — que a média dos padrões de cultura e honestidade da classe médica é muito alta; finalmente, que, se souberem que seus erros ou omissões serão franca e abertamente discutidos, e construtivamente criticados por seus pares, em reuniões médicas, os próprios médicos serão os primeiros a se mostrar mais seguros e cuidadosos em suas ações, e a envidar esforços para aumentar sua capacidade profissional.

Estava achada a solução adequada ao problema: — entregar aos próprios médicos a missão de julgar seus pares.

Eis porque, na organização dos hospitais europeus e norte-americanos, aparece uma entidade ainda pouco caracterizada entre nós: — o CORPO MÉDICO.

Ao primeiro exame, tende-se a tomá-lo como equivalente de "quadro médico" — o que não é exato.

Entende-se por "quadro médico" o rol, a listagem dos médicos de uma instituição. E' uma figura administrativa, de caráter algo estático. A noção de "corpo médico" é mais ampla, orgânica e funcional; é um todo, que não chega a ter personalidade jurídica própria, mas que se acha nìtidamente corporificado e diferenciado dentro da organização, e se rege por um "estatuto" por êle próprio elaborado e pôsto em execução, de fato e de direito. Guardadas as devidas proporções, poderíamos estabelecer a seguinte comparação (para fins meramente ilustrativos): — de um lado, o Estado, o Poder Executivo e o Quadro de Servidores Públicos; — de outro, o Hospital, o Corpo Médico e o Quadro Médico. Semelhantemente: — a Universidade, sua Congregação e seu Quadro de Professôres. E' preciso conhecer de perto as experiências européia ou norte-americana, para compreender, em tôda extensão e profundidade, o que tem de brilhante esta solução, eficiente e ao mesmo tempo simples.

Como, nos Estados Unidos da América, estabeleceu a "American Hospital Association", nas instruções definidoras das responsabilidades dos órgãos de direção (Responsabilities of the Governing Body, 1924) —

. . . 2 — To see that proper professional standards are maintained in the care of the sick — (*).

tende-se ali a estabelecer como norma geral que os responsáveis pela direção de instituições hospitalares procurem assegurar os meios de se guiar pelo julgamento de cada grupo técnico profissional pelos seus próprios pares. Assim é que começam a surgir os "corpos de enfermagem", à semelhança dos "corpos médicos".

Visando a boa coordenação dos interêsses profissionais com as conveniências administrativas, financeiras e sociais, em contínua conjugação de esforços que resulte na mais adequada e mais eficiente assistência ao doente — os dois grandes órgãos, de direção e de execução, em primeira linha responsáveis pelo hospital, procuram definir suas obrigações, mútuas e para com terceiros, daí inferindo-se quais as respectivas esferas de influência, as linhas de "poderes". De modo geral a matéria obedece à seguinte esquematização:

A. **Deveres da Direção** (Assumidos diretamente ou por intermédio da Administração):

1. Dotar o hospital dos meios físicos de ação (instalações, equipamento etc.).

2. Recrutar e admitir o necessário pessoal, técnico e auxiliar, na base de competência profissional.

3. Prover o hospital dos adequadas serviços técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica (laboratórios de análises, radiologia, fisioterapia, anestesia etc.).

4. Aprovar a regulamentação do Corpo Médico, por êste proposta, e prestigiar sua fiel execução.

5. Apoiar os esforços construtivos do Corpo Médico, sobretudo no que se refere a:

a) seleção de pessoal médico e para-médico;

b) organização dos serviços técnicos;

c) cumprimento das disposições regulamentares;

d) esclarecimento da opinião pública;

e) incentivação das atividades educacionais e de pesquisa científica;

f) prestação de assistência ao próprio pessoal da instituição.

B. **Deveres do Corpo Médico**

1. Prestar assistência médica eficiente, remunerada ou não, aos doentes.

2. Cooperar com outros médicos ou instituições médicas, do próprio quadro ou externos.

3. Cooperar com a administração da própria instituição, bem como com a administração médico-sanitária geral, do país ou internacional.

4. Regulamentar suas próprias atividades, e cumprir e fazer cumprir as leis, normas, regulamentos e instruções, da própria instituição ou governamentais, do país ou internacionais.

5. Colaborar com a Direção na fixação de programas de ação, e normas e rotinas de trabalho.

6. Demonstrar eficiência profissional e guardar os princípios de deontologia.

7. Incentivar a educação e a pesquisa científica.

Tais elementos bastam para evidenciar, não só o que pareceria supérfluo — isto é, a importância técnica do Corpo Médico dentro do hospital — mas também que a solução administrativa dos problemas que nos preocupam necessàriamente há de ser encontrada na estruturação e no funcionamento do Quadro Médico.

(*) . . . 2 — Verificar se na assistência ao doente são mantidos os bons padrões profissionais.

III. O QUADRO MÉDICO HOSPITALAR

Para que se possa bem compreender certos problemas relacionados com a estruturação dos quadros médicos, é forçoso que, preliminarmente, examinemos certos tipos de hospitais.

Comecemos pela **casa de saúde** — muito encontradiça entre nós, pouco freqüente nos Estados Unidos da América e aos poucos tendente a desaparecer na Europa.

Cópia da "maison de santé", francesa, é uma instituição de fins lucrativos, que admite doentes remunerados sob os cuidados de seus respectivos médicos particulares. Não dispõe de um quadro médico próprio, destinado a conduzir, sob sua direta responsabilidade, o tratamento de doentes, mas apenas uma equipe de internos e residentes, que cumpre ordens dos médicos particulares e atende a males súbitos e de emergência.

Caso diametralmente oposto é o dos hospitais de **tipo fechado.** Alguns se destinam apenas a indigentes; outros a determinadas classes profissionais ou sociais, e são mantidos pelas respectivas associações de auxílios mútuos, instituições de previdência, ordens religiosas etc.; finalmente, outros, muito correntes na Europa e nos Estados Unidos (p. ex. — o Sanatório de Leysen, ou a Clínica Mayo), recebem quaisquer doentes, remunerados, gratuitos, ou de ambos os grupos. São denominados — de tipo fechado, porque nêles a assistência médica é prestada exclusivamente pelo pessoal de seu próprio quadro.

Há exemplos de hospitais fechados, para doentes indigentes ou semigratuitos, que reservam uma ala, um setor ou pavimento a doentes remunerados, assistidos por seus médicos particulares. Claro está que se trata de um híbrido, simples agregado dos dois tipos anteriores; são dois organismos justapostos, mas estranhos um ao outro.

Inteiramente diverso é o hospital de **tipo aberto**, ainda pouco freqüente entre nós, porém muito encontrado nos países europeus e nos Estados Unidos da América. Dispõe, como todo hospital, de uma equipe limitada de internos e residentes, mas a responsabilidade de assistir aos doentes recai sôbre um quadro amplo, numeroso e algo flexível, ao qual pertencem os métodos "aprovados" ou "aceitos" pela instituição, — e para isto exige-se apenas que preencham as condições mínimas de qualificação e registro legal, aceitem as normas regulamentares, mantenham padrão de eficiência técnica e revelem integridade de caráter e comportamento ético. Os médicos podem trazer ao hospital seus doentes particulares; por seu lado, obrigam-se a prestar assistência aos doentes admitidos pela própria instituição, quer se trate de indigentes, quer de contribuintes. O quadro médico aqui é solidário com a instituição nos ônus e nos proventos. Tal é o caso de grande número de hospitais inglêses, atualmente funcionando no "regime de painéis" do seguro-doença.

Não raro ocorre, nos hospitais de tipo aberto, que certos médicos prefiram concentrar sua atenção nos próprios doentes particulares, enquanto outros suportam os encargos de atender aos doentes gratuitos; o fato, que já é negativo em si mesmo, logo se agrava com as demasiadas exigências, que os segundos julgam poder fazer, e com o desinterêsse dos primeiros pelos destinos da instituição. Os casos administrativos de infração aos dispositivos regulamentares tornam-se freqüentes. O contrôle da eficiência profissional constitui problema quase insolúvel.

Não resta dúvida, porém, que em tal tipo de estrutura o campo de ação do hospital é mais amplo. Alicia grande número de médicos, por vêzes quase todos os existentes numa localidade; melhora as condições gerais do treinamento pos-graduado; e exerce influência positiva sôbre a classe médica em geral, pelo exemplo contagiante de seus bons elementos.

De modo geral, tipo que convém às cidades pequenas e médias. Já nos grandes centros urbanos, como também no caso específico de hospitais governamentais, escolares ou exclusivos de indigentes, antes se recomenda o tipo fechado, — no qual bons elementos são necessàriamente afastados, e os que pertencem ao quadro não raro desenvolvem atitude algo egoísta, vaidosa ou auto-suficiente, — mas, em compensação, o rendimento é muito mais alto dos pontos de vista da organização, da administração e, sobretudo, da eficiência técnica.

Por estas razões, e porque o tipo fechado predomina entre nós para todos os casos que fogem ao regime de "casa de saúde", sôbre êle concentraremos nossa atenção, passando a examinar, em maiores minúcias, a estrutura de seu quadro médico.

Para melhor explanação da matéria, distingamos três tipos bem diferenciados, aos quais, em falta de melhor designação, qualificaremos como abaixo se vê:

a) tipo **clássico** — predominante nos hospitais governamentais e escolares em geral, e nos hospitais de tipo fechado na Europa;

b) tipo **moderno** — predominante nos hospitais norte-americanos do tipo fechado; e

c) tipo **funcional** — adotado por hospitais fechados organizados em padrões modernos, renovados na base de estruturação funcional.

Discutiremos em cada tipo as linhas básicas e essenciais, tomando os exemplos mais representativos. Fugiria ao escopo dêste trabalho baixar ao excesso de minúcias e às pequenas variantes, pouco significativas.

a) TIPO "CLÁSSICO"

Neste grupo se enquadra a quase totalidade (*) dos nossos hospitais de tipo fechado.

Os cargos geralmente se distribuem no seguinte escalonamento hierárquico ascendente:

1. Internos ou Auxiliares acadêmicos
2. Residentes
3. Assistentes
4. Subchefe de clínica
5. Chefe de clínica
6. **Chefe de Serviço**
7. Chefe de Departamento
8. Diretor

Seria difícil — talvez mesmo impossível — apresentar uma discriminação precisa e objetiva das atribuições, deveres e responsabilidades, que competem a cada um dos degraus dessa escala de funções.

Tal dificuldade não reside apenas no fato de ser a classificação de funções extremamente variável, dentro de limites incompreensìvelmente amplos, de um hospital para outro, — mas de se observar tal variabilidade dentro de um mesmo hospital, de um serviço para outro.

Na verdade, não há classificação, mas tão sòmente denominações dadas a cargos, cuja distinção essencial está na remuneração, pois a maior ou menor soma de encargos e responsabilidades de cada um depende do desejo dos graduados e dirigentes, em concentrar nas suas mãos menor ou maior soma de tarefas.

Precisamente esta é uma das críticas mais severas que se pode formular contra tal tipo de quadro.

Numa tentativa de sistematização, muito geral e vulnerável ao exame minucioso, poderíamos dizer que tais cargos habitualmente correspondem à seguinte discriminação:

1. **Internos ou Auxiliares acadêmicos** — Estudantes de medicina, geralmente do 4.º, 5.º ou 6.º anos, que atuam como espécie de enfermeiros graduados. A presença dêstes internos, como elementos **integrantes** do quadro para-médico é uma peculiaridade nossa e de países que não dispõem de suficiente pessoal de enfermagem de alto padrão profissional. Deveriam se limitar ao estrito cumprimento de ordens superiores. Não raro, porém, ultrapassam "além da sandália"; profissionalmente menos conscientes que as enfermeiras diplomadas (p. ex. do tipo Ana Neri), e mais afoitos e audaciosos, por vêzes praticam atos, maléficos para os doentes, e deseducativos para êles próprios. Teòricamente não são responsáveis por qualquer ato ou fato.

2. **Residentes** — médicos recém-formados, ainda com pequeno tirocínio profissional. Via de regra cumprem ordens de médicos mais graduados, na execução de manobras de maior complexidade que as atribuídas ao grupo anterior; assim, respondem pela perfeição técnica na execução de um ato, mas não por sua iniciativa. Cabe-lhes, ainda, dar plantões, zelar pelos doentes na ausência dos mais graduados, e agir nos casos de emergência; nestas hipóteses também respondem pelas suas iniciativas. — Por vêzes são designados como "Internos", em confusão com o grupo acima assinalado.

3. **Assistentes** — E' de todo impossível caracterizar de modo geral a função do Assistente, quase sempre entendida como a de "estar ao lado", de auxiliar, coadjuvar, cooperar com os mais graduados. O Chefe de Serviço a êle se refere como — o **meu** Assistente. Êste último fará aquilo que o primeiro permitir; neste serviço poderá ter grande atuação e quase total iniciativa; naquele outro, será pouco mais que simples espectador; numa hipótese ou noutra, porém, a verdadeira responsabilidade, dos pontos de vista formal e legal, cabe aos seus superiores, pois, em última análise, é apenas um coadjutor dêstes.

4. **Subchefe de clínica**, por vêzes chamado "Assistente Chefe" — E' o mais graduado dos Assistentes, o que quase sempre só tem expressão real na fôlha de pagamento, e nos momentos em que atua como substituto eventual do Chefe de clínica.

(*) Parece-nos pouco provável que haja exceções. Todavia, afirmamos tratar-se da "quase" totalidade, por não dispormos de informaçes rigorosamente controladas.

5. **Chefe de clínica** — Não é fácil caracterizar suas funções. Nalguns serviços, cujos chefes apresentam espírito demasiadamente centralizador, o Chefe de clínica ocupa posição algo decorativa, destacando-se apenas quando substitui seu superior nas faltas e impedimento. Noutros serviços, o Chefe de clínica é o grande auxiliar do Chefe de Serviço, que ao primeiro entrega a responsabilidade da assistência direta dos doentes, sobretudo dos casos de rotinas, reservando-se apenas os casos graves e difíceis, e a liderança geral, técnica e científica, do serviço. Finalmente, noutros casos a figura do Chefe de clínica se destaca de tal modo, que êle e o Chefe de Serviço, a maneira de um Comandante e o Chefe de seu Estado-Maior, atuam quase em pé de igualdade quanto a deveres e responsabilidades, ficando em primeiro plano o Chefe de Serviço pela retenção do título e pelo maior prestígio profissional.

6. **Chefe de Serviço** — E' aquêle a quem compete, formal e legalmente, tôda a responsabilidade pela assistência aos doentes, e pelos problemos técnicos e administrativos da unidade sob sua direção. Teòricamente, deveria ser o único responsável pelos doentes, o que é de todo impraticável, obrigando-o a delegar parte de suas atribuições a seus subordinados. Daí se infere que a responsabilidade formal e legal do Chefe de Serviço é maior que a responsabilidade factual, verificada na prática, a êle impondo justificar, sem que tenha determinado ou controlado, atos de iniciativa de outrem. — Aos Chefes de Serviço compete a direção das unidades técnicas, que geralmente se desdobram do seguinte modo:

Clínica médica
Doenças infecto-contagiosas
Tisiologia
Dermatologia e sifiligrafia
Psiquiatria
Neurologia
Pediatria
Clínica cirúrgica
Traumatologia
Ortopedia
Oftalmologia
Otorrinolaringologia
Urologia
Ginecologia
Obstetrícia
Cancerologia
Radiologia (diagnóstico e terapêutica)
Análises clínicas:
anatomia patológica
bioquímica
microbiologia
sorologia
Fisioterapia
Anestesia
Gasoterapia
"Banco de sangue"

Em pequenos hospitais, tal subdivisão não existe; agrupam-se os setores afins; noutros, pelo contrário, o fracionamento é ainda maior, como p. ex. nos casos em que se destacam da Clínica médica:
Cardiologia
Nutrologia e Metabologia.
Endocrinologia
Alergia, etc.

7. **Chefe de Departamento** — Esta figura aparece apenas nos hospitais de grande porte, em que o desdobramento dos campos de atividade, acima apontados, dá lugar à criação de vultoso número de Serviços. Em tais casos, procede-se ao reagrupamento de tais Serviços, segundo sua afinidade, cosntituindo Departamentos, geralmente em número de três:

a) Dep. Clínico
b) Dep. Cirúrgico
c) Dep. de Técnicas Auxiliares

Nos hospitais em que há Chefes de Departamentos, suas atribuições e responsabilidades geralmente são algo imprecisas. Atuam como subdiretores especializados, na medida em que o Diretor queira lhes delegar suas próprias funções. Quase sempre nega-se-lhes qualquer ingerência direta na assistência aos doentes, reservando-se a êles o papel de mentores e supervisores dos Chefes de Serviço, o que na prática acaba por criar casos administrativos delicados e de difícil solução.

8. **Diretor** — Na qualidade de chefe executivo dos serviços hospitalares (*), o Diretor deveria sempre ser uma figura administrativa estranha e superior ao quadro médico, sem ingerência direta e particularizada na assistência a cada doente. Assim compreendem suas funções os bons Diretores, bem informados sôbre a técnica de administrar. Freqüentemente, porém, ocorre o inverso, permitindo-se o Diretor praticar atos pelos quais, não é êle o responsável, e sim o Chefe de Serviço.

Não é necessário que nos alonguemos mais, para evidenciar que tal tipo de quadro contém falhas essenciais e insanáveis. Contudo, analisaremos melhor alguns aspectos que nos interessam mais de perto.

Logo ao primeiro exame, fàcilmente se verifica que tôda a estrutura de um tal quadro médico se apoia na figura do Chefe de Serviço. Vejamos se tal fato resiste a uma análise acurada.

Donde vem a preeminência do Chefe de Serviço? Da estrutura típica dos hospitais escolares, na qual essa figura se confunde com a do Professor da Cadeira. As necessidades do ensino impõem a hierarquização apontada (ou similar) e a concentração da autoridade na pessoa do mestre.

Nada justificaria, porém, que a mesma sistematização fôsse transplantada para o hospital fechado, no qual a principal personagem é o doente, cuja presença é a própria razão de ser da instituição. Então, a estruturação do quadro médico (como tudo o mais) deveria ser projetada em função dêsse problema essencial: — assistir ao doente. Em outros têrmos: o quadro médico deveria ser estruturado de tal forma, que a peça central, o eixo de gravitação de todo o sistema fôsse o médico que real e efetivamente assiste ao doente; e a êsse médico caberia tôda a autoridade para agir, e a conseqüente responsabilidade integral pelos seus atos.

O sistema em exame não permite clara e inequívoca discriminação de deveres e responsabilidades, ou fá-lo apenas teòricamente, num artifício que a prática cedo destrói.

Com efeito. Dá-se tôda a autoridade e responsabilidade ao Chefe de Serviço para que conduza o tratamento dos seus doentes. Entretanto, admite-se que eventualmente sofra interferências, via de regra inoportunas ou importunas, de superiores hierárquicos que não assumem a correlata dose de responsabilidade; e por outro lado, permite-se que delegue atribuições a seus subordinados, como é pràticamente necessário, sem lhes transferir, como seria lógico, igual soma de responsabilidades. A observação do que ocorre na prática revela que, embora só o Chefe de Serviço seja nominal, formal, expressa e legalmente responsável pelo doente, na verdade a assistência a êste prestada pode ocorrer, tal seja o caso, à conta de qualquer dos demais integrantes do quadro médico.

Perguntar-se-á, então, por que os Chefes de Serviço não se rebelam contra tal situação equívoca? — Porque lhes interessa pessoalmente ter um SERVIÇO, ou, mais incisivamente — o SEU Serviço, com o SEU Chefe de clínica, os SEUS Assistentes e demais auxiliares, a SUA enfermaria, as SUAS instalações, o SEU arquivo médico etc.

Aparentemente não há maiores inconvenientes nisso. Na verdade, porém, as conseqüências negativas logo aparecem.

Onde determinados médicos têm **seus** serviços (e infelizmente isso é a regra geral), breve desaperece a noção do hospital como um todo orgânico e funcional. A falta de coordenação administrativa e técnica é tão acentuada, que não raro se tem a impressão de estarem os diversos Serviços situados no mesmo edifício apenas por mera coincidência. A política de boa vizinhança consiste em ignorar um Serviço o que faz o outro. Raramente é possível assegurar a cooperação harmoniosa entre **dois** Serviços no tratamento de **um** doente a cargo de um dêles. Freqüentemente, atritos ou inimizades entre dois Chefes de Serviços tomam a forma de hostilidade, surda ou declarada entre os respectivos serviços.

Nada disso teria maior significação, se não repercutisse sôbre a eficiência da assistência prestada aos doentes. O fato é tão bem conhecido daqueles que já viveram a vida hospitalar, que seria ocioso apresentar exemplos individuais específicos . Falemos apenas nos aspectos gerais do problema.

Dentro de tal regime isolacionista, em que cada Serviço egoìsticamente se imagina uma pequena autarquia — e dispendiosamente se organiza como unidade auto-suficiente — cada qual avoca a si o maior número de casos, e os "melhores". Ninguém ignora a importância que os Chefes de Serviço atribuem ao Ambulatório, como fonte captadora de casos. Daí resulta, não só a internação inoportuna ou precipitada de doentes, como também a ocorrência freqüente de se dar entrada de um caso a Serviço que não é o mais adequado a recebê-lo.

Ainda outro inconveniente grave advém da diferenciação dos diversos Serviços como unidades semi-autônomas. E' que, dispondo cada Serviço de certo número de leitos hospitalares exclusivamente reservados a êle, a pletora de doentes de uma especialidade não pode ser minorada pelas vagas existentes em outra; os leitos disponíveis, p. ex., no Serviço de Cirurgia, não recebem doentes que o Serviço de Urologia rejeita por estar lotado. Atente-se à importância dêste fato, face à grande carência geral de leitos hospitalares.

Observe-se, por outro lado, que um dos graves defeitos, freqüentemente assinalados nos hospitais fechados, é a predominância do ponto de vista cirúrgico, desde o projeto do edifício até a organização das atividades administrativas e técnicas. Em nosso caso particular, é lícito afirmar que, de modo geral, o hospital brasileiro é cirúrgico por excelência.

(*) Não se trata, aqui do "govêrno" do hospital, que nalguns casos é também exercido pelo Diretor, e noutros compete a um órgão, singular ou colegial, de hierarquia superior.

Isso explica, em parte, porque os Chefes de Serviço não tentam convenientemente ao problema da delegação de atribuições aos subordinados, em têrmos mais definidos e preciosos, preferindo usar critério pessoal, variável segundo cada caso. Aos cirurgiões semidonos do hospital, parece mais arriscado delegar a um assistente a execução do ato operatório. Já os clínicos se mostram mais compreensivos, muito embora qualquer profissional bem perceba que a prescrição de medicação errada, nada espetacular como uma intervenção cirúrgica, pode ter conseqüências tão desastrosas para o doente, quanto a imperícia operatória.

A complexa hierarquização dos cargos médicos, a preeminência da figura do Chefe de Serviço, e imprecisão na redistribuição dos deveres e responsabilidades são reflexos da prevalência do ponto de vista cirúrgico na organização hospitalar de moldes clássicos. Não sem razão, a mais cerrada oposição à mudança do "tatus quo" parte dos arraiais da cirurgia.

Finalmente, deve-se objetar, contra o tipo clássico de quadro médico, o fato de tornar muito complexa e algo confusa a distribuição de funções e atribuições, entre os componentes do quadro, segundo a posição do cargo na escala hierárquica. Nunca se pode saber, com precisão, a qual dos médicos compete conduzir, em tôda linha, a assistência a determinado doente; e, por outro lado, também não se pode afirmar que esta ou aquela manobra, no hospital, compete a tal ou qual grupo funcional — Assistentes, ou Chefe de Clínica, ou Residentes — porque os critérios são pessoais e extremamente variáveis.
Os técnicos de administração de pessoal dirão que tudo isso corre, porque a êsse tipo de quadro médico não corresponde um sistema de "classificação de cargos".

b) TIPO "MODERNO"

Êste tipo, que convencional e arbitràriamente qualificamos de "moderno", é característico dos hospitais norte-americanos e já começa a ser introduzido na Europa. Como adiante se verá, tôda a sua estrutura decorre da noção de Corpo Médico, inexistente no tipo anteriormente descrito.
Os médicos, integrantes do quadro, são classificados em cinco grupos:

1. Honorário
2. Consultivo
3. Facultativo
4. Associado
5. Efetivo

O grupo **honorário** compõe-se de médicos aposentados, que por seus nomes ilustres e pelos relevantes serviços prestados à instituição, desta recebem distinções especiais e por ela são ouvidos em relevantes questões administrativas e técnicas.
Ao grupo **consultivo** pertencem médicos de grande reputação, que na verdade não clinicam no próprio hospital, mas que a êste são convocados para conferências médicas nos casos dificeis.
Integram o grupo **facultativo** (courtesy staff) médicos que desejam ter o privilégio de usar as instalações do hospital para seus doentes particulares, sem todavia tomar parte nas atividades gerais da instituição.

O grupo **associado** (associate staff), por vêzes chamado "junior staff", compõe-se de médicos jovens, ainda não amadurecidos profissionalmente para assumir a integral responsabilidade de assistir ao doente. Por vêzes aqui se encontram médicos mais experimentados, que o hospital mantém por curto prazo numa espécie de estágio probatório, antes da designação para o grupo efetivo.

Os deveres do grupo associado consistem em auxiliar os médicos efetivos e desempenhar outras tarefas que lhe forem atribuídas. Via de regra, cada médico do grupo associado é nominalmente indicado para servir, à maneira de um "ajudante de ordens", junto a determinado médico efetivo, que sôbre êle exerce supervisão contínua e direta. Assim o associado pode prestar assistência até mesmo a doentes particulares do hospital, desde que esteja devidamente controlado por seus superiores, e atue de tal modo que não interfira nas relações entre doente e médico particular.
O grupo associado subdivide-se em dois degraus hierárquicos bem definidos:

a) Internos
b) Residentes

São **internos** os médicos recém-formados, admitidos ao hospital imediatamente após a conclusão do curso universitário, para nêle servir por um ano ou mais, com o fim especifico de completar a preparação e o treinamento escolares. Por vêzes ainda se encontram sob contrôle direto da escola médica, à qual o hospital remete relatórios periódicos.
Percebem remuneração muito modesta, ou até mesmo nula. Supõe-se que sua principal retribuição seja o treinamento profissional. Por isso, a admissão de um interno é feita mediante a assinatura de um têrmo de contrato, no qual vem claramente estipulado que êle prestará determinados serviços e ,por seu turno, receberá educação e treinamento profissionais, nas bases mínimas exigidas pela "American Medical Association" e pela "American Hospital Association", e ainda na forma do acôrdo firmado entre o hospital e a universidade.
Os internos aliviam os médicos mais graduados do pêso dos pequenos trabalhos de rotina. Atuam principalmente nas enfermarias; auxiliam no exame do doente, na tomada da "observação", preenchendo as fichas, papeletas e demais registros médicos; acompanham os casos operatórios, se possível atuando como assistentes no ato cirúrgico; discutem, com os médicos responsáveis pelo caso, os problemas de diagnóstico diferencial, de alternativas de tratamento etc.; acompanham as rondas de visita às enfermarias. Por vêzes, recebem aulas regulares e, entre si, sem a presença dos mais graduados, apresentam e discutem casos e observações incompletos, para estudo em equipe. Geralmente participam das reuniões científicas do Corpo Médico e, quando conveniente e necessário, nela desempenham papel ativo.

Residentes são os médicos jovens, que já passaram pelo periodo de internato, e agora prosseguem seus estudos post-graduados, geralmente no aperfeiçoamento de uma especialidade. Via de regra, neste nível já não têm mais relações com o sistema escolar.
Percebem remuneração um pouco superior à dos internos, porém ainda assim muito modesta; raramente prestam serviços gratuitos. No desempenho de suas atribuições, assumem gradativamente maiores responsabilidades, no diagnóstico e tratamento dos doentes, embora ainda sob supervisão de médicos mais experimentados. Isto é um aspecto considerado de particular importância, pois se supõe que, ao fim dêste estágio estejam em condições de atuar eficientemente por livre iniciativa. Geralmente cada residente está sob as ordens diretas de um médico efetivo e, por seu lado, tem sob suas ordens e sua autoridade administrativa um ou mais internos, aos quais distribui serviços. Quase sempre atuam como instrutores de internos e enfermeiras.

O grupo dos associados constitui uma espécie de quadro extranumerário, flutuante e temporário.
Segundo os têrmos dos acôrdos firmados com as universidades, certos hospitais norte-americanos admitem a forma de "internato acadêmico" (undergraduate internship); então, como simples observador ou pouco mais que isso, o estudante pode freqüentar o hospital e se familiarizar com suas atividades. Note-se, porém, que não faz parte do quadro hospitalar.
Apenas pequena minoria de hospitais norte-americanos — geralmente grandes instituições modelares, bem organizadas e equipadas — é "aprovada" pela "American Medical Association" e pela "American Hospital Association" para fins de "internship" e "residenceship". Dêste modo, só nesses hospitais qualificados existe o quadro de associados.
Entretanto, outros hospitais, embora não credenciados para receber internos e residentes, podem admitir médicos jovens, modestamente remunerados, dispostos a aceitar as perspectivas do treinamento autodidático, por conta própria, em troca da prestação de serviços auxiliares aos médicos efetivos. No hospitais de caridade, geralmente dão tôda assistência aos doentes gratuitos, salvo nos casos graves. Tais são os "house physicians", de certo modo comparáveis aos "internos" ou "residentes" de nossas "casas de saúde".
Sôbre o grupo **efetivo** (active staff) recai tôda a responsabilidade pela prestação da assistência aos doentes. Conseqüentemente, a êle se dá tôda autoridade. Para bem caracterizá-lo, passemos a palavra a uma autoridade no assunto:

O qudro médico efetivo é o responsável pela adoção e manutenção dos padrões profissionais. Alguns dêstes estão bem estabelecidos por organizações nacionais de representação de classe, ou por organizações profissionais atuando no hospital. Neste caso, basta reiterá-los ou a êles se referir nos regulamentos e instruções relativas aos trabalhos técnicos e profissionais, com as alterações possiveis e onvenientes, segundo as condições locais específicas.
Mais importante ainda é sua função, no que se refere aos padrões que não podem ser reduzidos a fórmulas. Como indivíduos ou como grupo, por intermédio da administração ou de comissões próprias, o quadro médico efetivo deve se manter em íntimo contacto com tôda a atividade técnica do hospital. Deve cooperar com a administração para que o equipamento e o material sejam adequados às necessidades. Cabe-lhe verificar se são feitas conferências médicas quando necessário e, na qualidade êle próprio de consultado, manter-se bem informado sôbre os casos individuais Por meio dos registros médicos e dos relatórios respectivos selecionará os casos que, por quaisquer motivos, devam ser revistos e discutidos, ou que tenham valor instrutivo. Apresentando tais casos às reuniões do Corpo Médico, controlará técnicas de tratamento que sejam errôneas, deficientes ou desnecessárias, e incentivará a eficiência. Pelo exame dos registros médicos, feito por individuos ou por comissões, promoverá a educação científica, descobrirá erros e comparará os resultados com os obtidos em instituições congêneres.

Como superior hierárquico do quadro associado, tem o dever específico de treinar os médicos menos experimentados. Deverá permitir a residentes e internos que tomem parte no diagnóstico e tratamento de doentes, na medida em que isso seja possível. O médico jovem auxiliará e será auxiliado e supervisionado no tratamento dos doentes indigentes, e, por vêzes, pedirá aos mais experimentados que atuem como seus chefes em casos particulares difíceis; mas, para que seja levada a bom têrmo a educação dos novatos, o contrôle bem orientado deverá permitir que nêles se desenvolva a iniciativa e a confiança em si mesmos. À medida que nêles aumentar a capacidade profissional, o efetivo colocará o associado à testa dos casos, operatórios ou não, e para apoiá-lo e controlá-lo, tomará a posição de assistente do associado, tanto nos casos de doentes gratuitos, quanto no de contribuintes.

T. R. Ponton: The medical staff in the hospital — Physician's Record Co. — Chicago, 1939, pags. 57-58.

E' muito freqüente que as vagas, ocorridas no grupo de efetivo, sejam preenchidas mediante promoção de médicos pertencentes ao grupo associado.

Irande número de hospitais norte-americanos usa estabelecer um escalonamento hierárquico dos cargos integrantes do grupo efetivo. De modo geral prevalece a seguinte distribuição de classes funcionais, cuja nomenclatura preferimos apresentar no idioma original:

1. "Assistant" ou "Junior Attending Physician" (ou "Surgeon")
2. "Associate Attending Physican" (ou "Surgeon")
3. "Attending" ou "Senior Attending Physician" (ou "Surgeon")
4. "Assistant Chief" ou "Associate Chief", ou "Assistant Directo" ou "Associate Director of Service"
5. "Chief" ou "Director of Service".

Hoje tende-se a admitir que tal desdobramento, reminiscência de antiquadas técnicas de organização hospitalar, traz muitos inconvenientes e poucas vantagens. Por isso, vem sendo aos poucos abandonado, preferindo-se estruturas mais simples.

O quadro médico do moderno hospital norte-americano do tipo fechado, com o seu grupo de **efetivos** em primeiro plano, diretamente auxiliado pelos **associados**, e coadjuvado pelos **facultativos, consultantes** e **honorários** — apresenta-se sob um duplo aspecto muito peculiar e interessante. Há uma subestrutura binária de organismos que se interpenetram:

a) a **organização médica** (the Medical organization of the Medical Staff) — diretamente relacionada com os problemas técnicos de assistência aos doentes, — dirigida pelo "Chefe do Corpo Médico", a quem compete supervisionar todo o sistema de serviços, departamentalizados segundo as diversas especialidades, sob as ordens dos respectivos "Chefes de Serviço" (Clínica médica, Cirurgia, Obstetrícia, Oftalmologia etc.);

b) a **organização administrativa** (the Administrative Organization of the Medical Staff) — à qual cabe "administrar" os problemas profissionais, relacionados com o exercício da medicina, o seu "modus fasciendi et operandi" — de composição colegial — sob a direção de um "Presidente" (President ou Chairman), que nos hospitais pequenos e médios costuma ser a mesma pessoa ocupante do cargo de chefe do Corpo Médico, mas que, nas grandes intituições, via de regra é outro médico de renome e alto prestígio. O Chefe do Corpo Médico ora é nomeado pela Direção do hospital, ora eleito pelos médicos, ora eleito pelos Chefes de Serviço. Esta última forma de escolha é a que dá os melhores resultados práticos. Os Chefes de Serviço são nomeados pela Direção, em alguns hospitais; noutros, são eleitos pelos médicos.

Vemos que aqui reaparece a figura do Chefe de Serviço, severamente criticada no tipo "clássico" de quadro médico. Perguntar-se-á, então, se não reaparecerão, neste tipo, que ora estudamos, tôdas as graves desvantagens antes apontadas?

Realmente, é o que ocorre nos casos, cada vez menos freqüentes, de hospitais norte-americanos que ainda adotam o antigo conceito **orgânico** de "serviço" — isto é, que entende como "serviço" um setor administrativo e topogràficamente definido, diferenciado de per si como uma unidade estanque. Note-se, porém, que, em tais casos, se trata em verdade do tipo "clássico", artificialmente mascarado em tipo "moderno". Eis porque, nessa hipótese, cai por terra todo o sistema de dupla estrutura, criada para dar expressão real ao Corpo Médico.

Cumpre esclarecer o que, neste tipo "moderno", entendem os norte-americanos por "serviço". O conceito deixa inteiramente de ser orgânico, para ser todo **funcional.** É um conjunto de funções, de atividades, de técnicas, de procedimentos. Procuremos definir melhor a questão por meio de dois exemplos.

1) As atividades de técnica radiológica podem ser exercidas por diversas unidades ou subunidades: — um gabinete central e geral de diagnóstico — vários postos especializados, anexos a clínicas especializadas — postos situados nos ambulatórios ou no centro cirúrgico — gabinetes de terapia superficial e profunda etc. — todos sob supervisão única de um radiologista, mas não necessàriamente sob sua chefia, porque, p. ex., a unidade de urografias ficará sob o contrôle da Urologia, como a de histero-salpingagrafias, sob a da Ginecologia, ou ainda a de röentgentografia toráxica, sob a de Tisiologia. Assim, vários "órgãos" executam uma "função" que identifica um "serviço".Dentro da estrutura do hospital, aparece então uma unidade — o Serviço de Radiologia, cujo elemento de identificação é a técnica, e não os técnicos que a desenpenham, nem tão pouco o órgão em que estão situados.

2) Tôdas as enfermeiras de um hospital são distribuidas pelos diversos setores de atividade do hospital, e nenhum dêles é única e especìficamente destinado à técnica da enfermagem. Mas existe esta técnica, sob um comando unificado. Não há órgão, mas há função. Surge o Serviço de Enfermagem que, sob o mesmo critério acima apontado, se identifica pela idéia de "enfermagem", e não pela de "enfermeira".

Assim poderemos compreender designações, que por vêzes nos parecem imprecisas ou ambíguas, como a de — "Department of Service of Radiology", ou :Service Department of Radiology", que se traduz literalmente por "Departamento de Serviço de Radiologia", mas que se deve interpretar como "departamento (unidade organizacional) de atividades (unidade funcional) radiológicas".

A "organização administrativa" do quadro médico é tôda ela colegial.. Na solução dos assuntos de grande importância e de interêsse geral, delibera com o plenário dos componentes do quadro, sob a presidência de um dêles, eleito pela assembléia. As questões de âmbito mais restrito, ou especializadas, são atribuidas a Comissões, que podem se desdobrar, conforme o caso, em Subcomissões. A subdivisão mais correntemente encontrada é a seguinte:

Comissão Executiva
,, Consultiva
,, de Internato:
,, Subcomissão de Seleção de Internos e
,, Distribuição de Bolsas
,, Subcomissão de Educação
,, Subcomissão de Direção e Disciplina
,, de Títulos e Qualificações
,, de Arquivo Médico
,, Revisão, Análise e Discussão de Casos
,, de Eficiência
,, de Programas de Trabalho
,, de Educação e Pesquisa
,, de Biblioteca
,, de Ética Profissional

Outras comissões especiais

Quanto maior a instituição, mais amplo é o seu quadro e maior o número de comissões e subcomissões. Pràticamente, todo médico ocupa dentro do quadro uma dupla função, técnica e administrativa. Êste será urologista e membro da Comissão de Arquivo Médico; aquêle, Chefe de Serviço de Clínica Médica e presidente da Comissão de Revisão; aqueloutro, anátomo-patologista e presidente da Subcomissão de Seleção de Internos; e assim, por diante. E todos participam das reuniões plenárias.

A "organização administrativa" do quadro médico, além de produzir trabalho eficiente e ser um precioso auxiliar, técnico e qualificado, da administração, desempenha papel importantíssimo no combate ao isolacionismo e à auto-suficiência dos especialistas (particularmente dos chefes e graduados), que então cede lugar ao espírito de equipe, indispensável a que, em beneficio do doente, o antigo nosocômio, simples agregado topográfico acidental de "Serviços" médicos, se transforme no hospital "moderno", caracterizado pela sua unidade funcional.

c) TIPO "FUNCIONAL"

Não há negar que o tipo anterior, embora represente um grande progresso sôbre o quadro "clássico", ainda é complexo, mormente no que se refere à excessiva hierarquização do grupo efetivo. Observavam-se casos concretos de hospitais, que começaram a funcionar dentro do regime "moderno" e por fim retrogradaram ao tipo "clássico".

Eis porque muitas instituições européias e norte-americanas preferem o tipo de estrutura, que convencionamos chamar de "funcional" por visar primordialmente a unidade funcional do sistema hospitalar.

Para apresentá-lo, podemos agora tomar o caminho mais direto de descrever um exemplo típico. Nenhum seria tão eloqüente e expressivo quanto o da Clínica Mayo, instituição do mais alto prestígio técnico e cientifico.

O quadro médico da Clínica Mayo se compõe de dois grupos:

1. O "quadro temporário", composto dos que são qualificados pela designação geral de "residentes"; e
2. O "quadro estável", ao qual se alude abreviadamente como sendo o "staff".

No primeiro degrau da carreira está o "Fellow", o "colega" ou "companheiro" — maneira elegante, cordial e algo encorajadora, de designar o médico recém-formado, que a instituição mantém, ainda como externo, por um certo período de observação, durante o qual

via de regra é indicado para servir nos laboratórios de análises clínicas e nos serviços de técnicas auxiliares de diagnóstico e terapia.

Admitido como "Residente", passará aproximadamente um ano em rodízio nas diversas clínicas e mais um ano no setor de atividade que tenha definitivamente escolhido para campo de sua atuação profissional.

Dentre os Residentes mais capazes, alguns exercem funções de mais destaque, como auxiliares diretos dos médicos efetivos, no desempenho dos serviços de rotina. São denominados "Primeiros Assistentes".

A instituição dá importância especial à preparação do pessoal desde o primeiro degrau da carreira, treinando-o no sentido do perfeito ajustamento ao regime ali vigente. Por isso prefere recrutar seu quadro efetivo dentro do próprio corpo de Residentes, que passaram dois e meio a três anos sob suas vistas.

Partindo do pressuposto de que um médico, ao ser nomeado para o "staff" (quadro efetivo), deva ter capacidade técnica para poder agir plenamente independente como profissional — circunstância que é apurada com o devido critério e rigor — a Clínica Mayo estabelece apenas um único nível funcional de médicos.

Eis a característica essencial dêste tipo de quadro: — compõe-se apenas de "Clínicos", "Cirurgiões", "Ginecologistas", "Oftalmologistas", "Radiologistas" etc.

Os mais competentes, de maior eficiência e maior renome, ganham maior remuneração. Isto, porém, é um problema meramente administrativo, que só aparece na fôlha de pagamento. A Clínica Mayo paga a cada um segundo seus méritos pessoais, assim, como, na clínica privada, o doente pagará mais pela consulta de um médico de grande projeção, que pela de um nome mais modesto. Assim como todos os médicos têm as mesmas atribuições e o mesmo grau de responsabilidade pelo tratamento de seus doentes particulares, sem se julgarem desobrigados de evidenciar tôda a sua capacidade porque ainda não gozam de grande reputação, nem recebem a melhor paga, — assim também qualquer médico da Clínica Mayo é "dono" do seu doente e responsável pelo que de bom ou de mau com êste aconteça. Então, a posição e as relações profissionais do médico e do doente aparecem aqui muito bem definidas, claras e precisas. Por um doente só um único médico responde, e a êste atribui todo o mérito ou demérito do trabalho profissional, ainda que, evidentemente, outros colegas o auxiliem por variadas formas. Ao contrário do que ocorre noutros regimes, um médico do quadro efetivo não é "Assistente" de outro médico, e sim "assistente" **do doente** — e sua função define-se pela fôrça do étimo: — "assistir" é "estar ao lado" (lat. — ad — sistere), junto ao leito (gr. — "clinos"). Em suma: — todos os médicos são iguais perante os doentes; cada um tem seus doentes próprios, cujos tratamentos são conduzidos segundo os critérios por êle estabelecidos. Procure um doente a Clínica Mayo e saberá que o Departamento de Urologia, p. ex., tem os seguintes urologistas: — Drs. Smith, Brown, Jeffers, Ferguson e Clay (nomes hipotéticos). Poderá vir recomendado ao Dr. Ferguson, ou já conhecê-lo prèviamente, ou preferí-lo por qualquer motivo pessoal, — e, então, ficará a cargo de tal médico. Do contrário, será atendido por aquêle que no dia estiver de serviço no Ambulatório, e que o assistirá até à alta ou ao falecimento.

Entretanto, se se tomar um fôlha de receituário, logo se observará que os nomes daqueles médicos figuram à esquerda, uns abaixo dos outros, numa ordem que não é rigorosamente a de antiguidade nos cargos, nem tão pouco é alfabética. O doente ignorará sempre o porque, mas o pessoal interno denomina o primeiro da lista — "Head of the Department". Note-se que não se alude a "serviço", nem se usa o têrmo "chief" ou "director". Na verdade, não se trata de um "chefe", tal como se entende nos quadros dos tipos "clássico" ou "moderno", mas tão sòmente de um "senior", com autoridade para eventualmente interferir sôbre os demais, quando seja necessário evitar erros ou omissões que prejudiquem ao doente. Sua autoridade é exercida com extrema discrição e prudência, e só se faz sentir nesses casos. Se se tratar de algum incidente tão grave, que imponha a medida extrema de retirar o doente da tutela de seu assistente, e passá-lo a outro ou tomá-lo sob sua própria responsabilidade, o "senior" procurará convencer o primeiro colega a agir de tal modo que, aos olhos do doente, pareça ter resolvido "espontâneamente" fazer a transferência.

Excetuado êsse caso muito específico de supervisão ocasional, não existe qualquer outra forma de hierarquização.

Em todos os demais aspectos da organização técnica ou administrativa do quadro médico, a direção geral é sempre colegial, por meio de Comissões.

Como se vê, o regime adotado pela Clínica Mayo ,e por outros hospitais de vanguarda no domínio da técnica de organização, tomou ao tipo "moderno" de quadro médico tudo que de bom havia, e procurou neutralizar suas desvantagens pelo processo o mais simples possivel: — criar, no hospital, na medida do possivel, o mesmo tipo de relação pessoal e direta que na clínica privada existe entre o médico e seu doente — assim corrigindo, se não de todo, ao menos em parte, os aspectos negativos apontados no primeiro capítulo dêste trabalho.

Todavia, não se pode deixar de reconhecer que a eficiência do quadro de tipo "funcional" mais ainda que a do tipo "moderno", depende da vigência de um bom sistema de apuração de responsabilidades — o que é um problema administrativo difícil.

Nos último tempos, os administradores de hospitais, europeus e norte-americanos, dedicam particular atenção à apuração da eficiência, — tal como, de modo geral, os administradores de pessoal. Não poderemos deixar esquecida a matéria. Pelo menos aludiremos, com brevidade, ao que nesse sentido tem sido proposto, e vem sendo usado há trinta anos com sucesso, por Thomas Ritchie Ponton.

A responsabilidade, a que aludimos com tanta insistência (quase diriamos, com impertinência) não pode ser tomada apenas pelo lado negativo. Há de ser contabilizada por algum sistema de partidas dobradas, de modo que em cada conta corrente figure uma coluna de débito, para o demérito, e uma de crédito, para o mérito.

Dissemos antes que uma das graves falhas do quadro de tipo "clássico" era não definir as verdadeiras responsabilidades, concentrando-as artificialmente nos Chefes de Serviço, além da medida em que de fato ocorre. E talvez jamais tenham êstes se rebelado contra tal injustiça porque, se sofreram de espinhos que antes deveriam ter ferido a outros, também se adornaram de coroas de louros que a outros caberia receber, e, afinal, num encontro de contas, computados lucros e perdas, aos "injustiçados" Chefes de Serviço sempre coube um saldo favorável.

Visando avaliar a eficiência do novato que progride, ou a do médico mais velho que deixou de progredir, vários meios foram tentados, como o de designar um médico experimentado para tutelar o inexperiente, e entregar o julgamento dos mais velhos aos seus pares. Os resultados obtidos logo mostraram a necessidade de recorrer a processos mais objetivos.

A princípio julgou-se de bom alvitre relacionar a eficiência profissional com o maior ou menor acêrto do diagnóstico, confirmado ou não pelo desenvolvimento da história clínica. Claro está que, entre outras falhas graves, êste critério, muito parcial,, apresentava o inconveniente insanável de não levar em conta o processo terapêutico. T. R. Ponton preferiu tomar como ponto de partida o maior ou menor acêrto do **prognóstico**, pois êste exige que o médico, ao examinar o doente, revele capacidade e prudência no sentido de:

1. fazer "observação" completa do caso;
2. compulsar os elementos relevantes para o diagnóstico diferencial;
3. firmar diagnóstico seguro;
4. examinar as várias alternativas de tratamento;
5. selecionar o processo terapêutico que presume deva ser usado no caso;
6. prever as probabilidades de sucesso e os riscos que correrá o doente.

Claro está que em certos casos o médico será obrigado a mudar o diagnóstico anterior, dar nova orientação ao tratamento do doente, ou se defrontar com situações ou fatos imprevisíveis ou inevitáveis, que conduzam o caso a desfecho inteiramente diferente do esperado. Tais ocorrências não desabonam um médico ,quando são esporádicas; nada justifica, porém, que os êrros de prognóstico se tornem constantes, por sistemático excesso de otimismo ou de pessimismo.

Por outro lado, cumpre notar que o prognóstico serve aqui apenas como ponto de partida, e como pretexto, para a apuração honesta dos resultados da atuação do médico, com o objetivo, não de censurar maldosamente o profissional ou a instituição, mas de pesquisar as causas dos erros ou omissões, mediante a crítica serena e construtiva, exercida por outra autoridade médica de idoneidade e proficiência reconhecidas, assistida, por especialistas, quando isto seja necessário. Por isso, é freqüente ver, nos hospitais que usam êste expediente, entregá-lo a uma comissão de médicos, e não apenas a um indivíduo.

O médico deverá indicar se o seu prognóstico é "favorável", "sofrível" ou "sombrio" em relação ao doente, enquadrado num dos tipos: — "caso regular" — "caso de urgência" — ou "caso paliativo". Para isso preenche uma pequena ficha construída com os elementos abaixo indicados.

(Identificação do doente)

caso:	Regular		De urgência		Paliativo
Prognóstico:	favorável	—	favorável	—	favorável
	sofrivel	—	sofrivel	—	sofrivel
	sombrio	—	sombrio	—	sombrio

Justificação do progn. sofrível ou sombrio: — .....

.....

Data: ..... Assin. Dr. .....

Encerrando o caso, junta-se ao prontuário nova ficha, preenchida pelo revisor e remetida à Comissão de Eficiência, com as seguintes informações:

(Identificação do doente)

Resultado: alta — com cura —
com melhoria —
sem melhoria —
não tratado —
falecimento

Confirmação do prognóstico: sim ..... não .....
Gravidade do caso: grande ..... média ..... pequena .....
Resultado: previsível ..... inevitável ..... justificável .....

Êrro de: diagnóstico .....
tratamento .....
técnica .....
julgamento .....

Providência complementar: Obter outras informações do médico assistente ..... Encaminhar à Comissão de Eficiência ..... Solicitar a atenção da Comissão de Estudos e Programas .....

Data: ..... Assin. do Revisor .....
Parecer da Comissão de Eficiência:
(Seguem-se linhas em branco).

Como se vê, o sistema dá margem a que sejam convenientemente ponderados até mesmo os casos infelizes, que de início tenham sido bem estudados, julgados e tratados. Aqui transcrevemos textualmente um exemplo, reservando-nos o direito (e a obrigação) de omitir sua procedência:

519. In hospital six months ago, with diagnosis of bleeding gastric ulcer. Operation refused. Death from peritonitis. No error by either surgeon or hospital.

519. Hospitalizado há 6 meses passados, com diagnóstico de úlcera gástrica hemorrágica. Recusou a operação. Falecimento por peritonite. Nenhum êrro do cirurgião ou do hospital.

Não resta dúvida de que o sistema dificilmente apura os resultados de certos casos, que só podem ser bem estimados com o correr do tempo, quando o doente já deixou o hospital. Infelizmente não há como atingir aqui a perfeição desejada. Entretanto, apura convenientemente a responsabilidade do médico, em casos como êste:

485. Poor technique at first operation necessitated second difficult operation, done by another surgeon. Patient died. Death considered due to error of first surgeon, who should be prohibited from doing serious surgery, pending further training, or should be required to associate with a senior in serious cases.

485. A deficiência de técnica na primeira operação tornou necessário fazer segunda operação difícil, executada por outro cirurgião. O paciente faleceu. Morte considerada como causada pelo êrro do primeiro cirurgião, que deverá ser proibido de praticar alta cirurgia, para o qual ainda depende de treinamento, ou deverá se associar a um médico mais experimentado, nos casos graves.

Os resultados apurados são levados a crédito ou a débito de cada médico, na sua "conta corrente", mantida em cifra e sigilo pela administração do hospital, para uso exclusivo da instituição e do próprio médico interessado. E é na base dêsses resultados que se fazem nomeações, promoções ou .... demissões ou, ainda, exonerações "a pedido".

O sistema obriga, o médico, sabedor de que seus casos vão ser revistos por outros, a maiores cautelas no diagnóstico e tratamento do doente, que só tem a lucrar com isso.

Para que se não imagine exagêro de nossa parte, ante o problema da apuração da eficiência e da responsabilidade médica, apontemos alguns poucos casos, típicos e representativos, colhidos na nossa própria vida hospitalar.

1. O doente X, portador de úlcera do estômago, atendido no Ambulatório de Cirurgia, é internado e operado. Posteriormente verificou-se: a) que a terapêutica clínica teria dado resultado plenamente satisfatórios; b) que, ao contrário, a intervenção original obrigou a uma segunda operação para debridamento de aderências. Êste é um dos muitos casos que ilustram o ponto de vista, segundo o qual deve ter prevalência e precedência o tratamento clínico, mais econômico científico e... financeiramente.

2. O doente X, depois de operado, acusa agravação do estado geral, sem causa aparente. O exame clínico, tardiamente feito, revela a presença de um quadro sutil de infarto do miocárdio.

Compreende-se que um tal quadro, de sintomatologia frusta ou pouco evidente, possa passar desapercebida ao cirurgião mais competente. Entretanto, o doente seria melhor assistido, se antes de ser entregue aos bons cuidados do cirurgião, tivesse sido examinado pela Clínica Médica.

3. O doenteX, de 75 anos de idade, é internado num serviço cirúrgico, tendo sido antes informado que sua permanência no hospital não passaria de 2 semanas. Apenas 5 dias após a entrada, atenta-se à sua idade avançada e, conseqüentemente, à necessidade de rigoroso exame cardíaco que, inexplicàvelmente, só se completa 15 dias depois. Permanência total do doente no hospital: 6 semanas.

Êste caso foi feliz do ponto de vista médico; mas revela deficiência de organização hospitalar e omissão do médico em atender às conveniências pessoais e aos interêsses financeiros de seu doente.

4. Um neonato é atendido e manipulado por um assistente, que antes atendera a um doente venéreo. A falta de uma precaução rudimentar e imprescindível de assepsia ocasionou no recém-nascido cegueira por oftalmia blenorrágica.

Êste caso dispensa comentários.

Finalmente, transcreveremos (com as necessárias omissões) a representação de um Chefe de Clínica, a propósito de um caso, felizmente pouco comum, ocorrido nesta Capital, no ano em curso:

"Sr. Diretor

Comunico-vos que, às .... horas do dia ../../48, deu entrada nesta Enfermaria, ...a paciente X....., removida em ambulância do (Nome da instituição), trazida da Maternidade ....., onde segundo informava, tivera um parto a forceps em ../../48. (*) A enfermeira, que acompanhou a paciente, informou estar a mesma com diagnóstico de disenteria amebiana e suboclusão intestinal.

Ao examinarmos a paciente, constatamos: Inspeção: extremidades frias, sudorese abundante e taquipnéia. Aparelho circulatório: Pulso: 140/minuto; Pressão sistólica 125 e diastólica 65, Bulhas abafadas — Tórax: estertores crepitantes em ambos os hemitorax e estertores bolhosos na axila esquerda — Abdome: Defesa abdominal com distensão de paredes e acentuado timpanismo que nos impossibilitou exame mais detalhado.

Apesar de medicada de acôrdo com a exigência do caso, deu-se o êxito letal às 17 horas do mesmo dia, isto é, 6 horas após ter sido internada.

Como esta Diretoria ficou interessada em obter maiores esclarecimentos do caso em aprêço, é que após relatarmos suscintamente os achados clínicos, transcrevemos o laudo da autópsia realizada em .../.../48:

"**Diagnóstico anatômico:** Rutura uterina. Peritonite purulenta. Alça intestinal delgada aderente ao lado esquerdo do diafragma com perfuração para a pleura esquerda. Isquemia do fígado e dos rins. Periesplenite crônica. Na cavidade pleural esquerda, foi encontrado cêrca de 600 cc de líquido grumoso pardacento".

E de conformidade com êste laudo, preenchemos então a fórmula do atestado de óbito".

Atente-se bem às características dêste caso: para encobrir grave imperícia profissional, e para aliviar suas estatísticas, uma instituição permite que se transfira inoportunamente um doente, para que vá morrer em outro hospital, onde dá entrada sob diagnóstico falso ou capcioso, relatado por uma enfermeira.

Cumpre assinalar que nenhuma providência foi tomada em qualquer dos casos acima apontados — ou antes, tomou-se a providência de "abafá-los".

Assim, não é de estranhar que algum cirurgião, especializado em intervenções sôbre o sistema nervoso central, compareça a reuniões científicas para relatar brilhantes técnicas, que resultaram em 80% de êxito... letal.

Não é êste o momento oportuno de baixar a minúcias, no exame do sistema de apuração de eficiência, preconizado por Ponton, ou de sistemas similares, pois tal ultrapassaria os limites e os objetivos do presente trabalho. O que dissemos basta para evidenciar a necessidade de verificar o mérito e demérito profissional, como medida complementar de administração de pessoal, que permita a adoção do tipo "funcional" de quadro médico.

(*) Vinte e dois dias antes.

IV. SÍNTESE E CONCLUSÕES

No estudo do hospital moderno, do qual excluímos o tipo de nosocômio chamado — "casa de saúde", focalizamos alguns problemas fundamentais, relacionados com a estrutura dos quadros médicos. O que de maior relevância foi apontado, poderia ser sintetizado nos itens abaixo.

1. Nas relações profissionais entre médico e doente, o hospital de modo geral tende a criar novas rotinas e novos vínculos, diversos daqueles que normalmente prevalecem no exercício da clínica privada, em consultório ou a domicílio.

2. As novas formas de relação profissional não apresentam vantagens, para o doente, sôbre aquelas que êste conhecia na vida extra-hospitalar. Anula o papel fundamental do "médico de família", sem substituí-lo por algo que exerça funções equivalentes.

3. A superespecialização exagerada e a prevalência dos serviços cirúrgicos, colocando em primeiro plano a cirurgia — forma peculiar de terapêutica, e as especialidades — que encaram aspectos parciais e fracionários da patologia humana tiram à Clínica Medica o transcedente papel unificador que lhe compete, dos pontos de vista científico e técnico.

4. O êrro de tal distorsão parece mais evidente, quando se verifica que, mesmo em países, tidos por adeptos da especialização extremada, como os Estados Unidos da América, 80% dos médicos exerce a clínica médica, enquanto apenas 20% se dedica a especialidades.

5. Recomenda-se que, para a grande maioria dos casos, o acesso do doente ao especialista se faça, sempre que possível, por intermédio do clínico. E como exemplo da viabilidade prática do ponto de vista, segundo o qual a Clínica Médica deva ter prevalência e procedência sôbre as demais atividades médicas, em proveito do doente, aponta-se o exemplo altamente edificante da Clínica Mayo.

6. Para que a organização hospitalar se torne eficiente, é indispensável diferenciar com precisão as funções governativas, que podem ser exercidas por leigos, das funções executivas, privativas, dos médicos e do pessoal para-médico.

7. Além do "quadro médico", deverá surgir uma nova entidade diferenciada, ainda pouco conhecida entre nós, como organismo vital na estrutura do hospital moderno. É o "Corpo Médico", que recebe da Direção a necessária delegação de competência para prestar assistência aos doentes, zela pelos padrões técnicos, científicos e éticos da profissão médica, e aprecia a eficiência dos próprios médicos.

8. O tipo de hospital "aberto", recomendável para os centros urbanos de pequeno e médio porte, ainda é ponco conhecido entre nós. Sua adoção deverá ser subseqüênte a de bons hospitais do tipo "fechado".

9. Os quadros médicos dos hospitais fechados podem ser caracterizados em três tipos, que chamamos convencionalmente de: — clássico, moderno e funcional.

10. O quadro "clássico" apresenta grande escalonamento hierárquico dos cargos que o integram; a discriminação de atribuições, deveres e responsabilidades é imprecisa e pouco objetiva. Tôda a sua estrutura se apoia no Chefe de Serviço, ao qual confere excesso de autoridade e de responsabilidades. Cria o isolacionismo dos "serviços", considerados como organismos autônomos. Quebra a unidade funcional do hospital. Acentua a predominância do ponto de vista cirúrgico sôbre o clínico. Não atende convenientemente ao problema das relações definidas entre médico e doente.

11. O quadro "moderno", embora ainda seja demasiadamente hierarquizado, apresenta a grande vantagem de conceituar "serviço" como unidade funcional e de projetar sua estrutura em têrmos de relações definidas entre médico e doente. Procura estabelecer limites claros de atribuições, para cada nível hierárquico. Por outro lado, apresenta uma subestrutura binária — "organização médica" e "organização administrativa" — que dá ao todo grande sentido de unidade, de particular importância para êsse complexo organismo que é o hospital moderno.

12. O quadro "funcional" toma tôdas as características positivas do tipo anterior, modificando-as apenas no sentido de simplificação da hierarquização de funções médicas. Reduz a um nível único os cargos integrantes do quadro estável ou efetivo, admitindo a supervisão ocasional de um "senior" sôbre os demais colegas. Com isto, cria no hospital, na medida do possível, o mesmo tipo de relação pessoal e direta, que na clínica privada existe entre o médico e o doente.

13. Para que o tipo "funcional" de quadro médico dê resultados satisfatórios, é necessário que se procure adotar sistema honesto de apuração de eficiência profissional, e conseqüentemente de responsabilidades, atribuindo a cada médico o real mérito ou demérito por sua atuação junto ao doente. Embora os sistemas de apuração de eficiência não sejam 100% perfeitos, são pràticamente viáveis e surtem resultados satisfatórios. Por outro lado, os exemplos de casos, colhidos na vida corrente hospitalar, mostram que a adoção de tais sistemas de apuração de responsabilidades é um imperativo categórico.

Parece desnecessário usar argumentos para evidenciar que os nossos hospitais fechados podem e **devem** adotar o tipo "funcional" de quadro médico. Afirmar que a Clínica Mayo e outras instituições similares adotam-no porque são eficientes e organizados, é confundir causa e efeito, pois, em verdade, são organizadas e eficientes **porque** o adotaram.

No caso específico dos hospitais governamentais, também é perfeitamente exeqüível tal regime. Bastará considerar que a característica essencial do quadro "funcional" reside na atribuição dos mesmos deveres e responsabilidades aos ocupantes dos cargos efetivos, independentemente da remuneração que percebam; e, no serviço público federal brasileiro, p. ex., os integrantes das diversas carreiras — inclusive da de Médico — têm perante a lei as mesmas atribuições, quaisquer que sejam os respectivos padrões ou classes de vencimento. Só num aspecto o quadro médico do hospital governamental não acompanhará os demais, particulares: é que nêle não haverá médicos honorários, consultantes e facultativos — diferença que nada tem de substancial.

Assim, impõem-se as seguintes conclusões:

a) o quadro médico do hospital moderno deve ser estruturado de modo a estabelecer relações profissionais diretas e definidas entre o médico e o doente, caracterizando as atribuições, a autoridade e as responsabilidades do primeiro pelo sucesso ou insucesso na assistência dada ao segundo, pelo mérito ou demérito de sua atuação.

b) a organização do quadro médico deve ser binária, abrangendo os aspectos técnicos e administrativos do exercício da medicina;

c) o quadro médico deve ser apenas a expressão administrativa de um organismo diferenciado — o Corpo Médico, responsável pela eficiência técnica geral da instituição e pela apuração da eficiência e da responsabilidade dos próprios médicos;

d) o "interno" ou "auxiliar acadêmico" só deve existir como observador, em fase de treinamento escolar, ao qual se permitirá, sob supervisão direta, a execução de manobras do mesmo nível das que se atribui a enfermeiras; em qualquer hipótese, não deve ser parte integrante do quadro hospitalar, e sim do quadro escolar;

e) o quadro médico deve ser estruturado em dois sub-grupos: — **o quadro temporário** (composto de extra-numerários, no caso de hospitais de govêrno) — integrado por **Residentes**, sem responsabilidades diretas, por agir sob a tutela de médicos mais experimentados; e o **quadro permanente ou efetivo** (composto de funcionários, no caso de instituições governamentais) — integrados por **Assistentes**, que respondem pela assistência médica prestada aos seus doente;

f) ao Assistente, ainda em período probatório, poder-se-á dar a designação de "Sub-Assistente"; e ao que exerce supervisão sôbre os demais, a de "Assistente-Chefe";

g) de qualquer modo, face ao doente, as atribuições, os deveres e as responsabilidades dos Sub-Assistentes, Assistentes e Assistentes-Chefes são niveladas.

h) nos casos de hospitais de grande porte, cuja organização exija o desdobramento de numerosos setores de atividades técnicas, admite-se a criação de cargos de Diretores ou Chefes de Departamento (Clínica — Cirurgia — e Técnicas Auxiliares), apenas com funções de coordenação administrativa e técnica.

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

ADAIR FRANK E. — The increasing necessity for cooperation between the surgeon and the hospital administration — "Hospitals" (Hosp.) vol. 10: 86-88. Dez. 1936.

ALBER, W. — Das Krankenhaus — W. Kohlhammer Verlag-Stuttgart, 1936.

American College of Surgeons — Manual of hospital standardization — 5.a ed. rev. — Chicago, 1940.

—— Minimum standards for hopital: Conduct of medical staff conference — Chicago, 1940.

American Medical Association — Intern's manual — Council on Medical Education and Hospital, Ed. — 2.a ed. rev. — Chicago, 1937.

—— Principles of medical ethics — Chicago, 1942.

American Hospital Association — Report on hospital councils, their functions and organization — "Tr. Am. Hosp. Ass." vol. 35: 542-554 — Chicago, 1934.

—— Report of the Committee on Hospital Councils, 1937-1938 — "Tr. Am. Hosp. Ass." vol. 40: 92-96 — Chicago, 1938.

BACHMEYER, Arthur C. — HARTMAN, Gerhard: (Ed.) — The hospital in modern society — The Commonwealth Fund — New York, 1943.

BALL, Otho F. — Distinguished service in the hospital; a stimulus to progress — "Modern Hospitals" (M. Mosp.) vol. 43: 49-53. Set. 1934.

BAY, Emmet B. — Medical administration of teaching hospitals — University of Chicago Press — Chicago, 1931.

BIERRING, Walter L.— The family doctor and the chaning order— "Journal of the American Medical Association" (J.A.M.A.) vol. 102: 1995-1998. 16 junho. 1934.

BLUESTONE, E. M. — Condescending staff men — "M. Hospt." vol. 46: 75-76. Fev. 1936.

BROWN, Edith L. — Physicians and medical care — Russel Sage Foundation — New York, 1937.

BUERKI, Robin C. — Better hospital residencies — "M. Hosp." vol. 53: 73-74. Dez. 1939.

CABOT, Richard C. — DICKS, Russel L. — The art of ministering the sick — Macmillan — New York, 1936.

Canadian Medical Association — Inter education and supervision — Department of Hospital Service) — Toronto s/data.

Committee on the Costs of Medical Care — Five-year program adopted Febr. 13, 1928 — Publication N.º 1 — University of Chicago Press — Chicago, 1933.

—— The costs of medical care; a summary of investigations on the economic aspects of the prevention and care of illness — C. Rufus Rorem — Martha D. Ring, (Ed.) — Publication N.º 27 — University of Chicago Press — Chicago, 1933.

Columbia University College of Physicians and Surgeons — Final report of the Commission on Graduate Medical Education — Columbia University Press — New York, 1932.

CURRAN, Jean Alonzo — Internships that count — "M. Hosp." col. 44: 45-47. Abr. 1935.

—— (Ed.) — Internships and residencies in New York City, 1934-1937, their place in medical education. A report by the New York Committee on the Study of Hospital Internships and Residencies — The Commonwealth Fund — New York, 1938.

CURTIS, G. W. — The organized medical staff in the small hospital — Tr. Amer. Hosp. Ass. vol. 29: 316-330. 1927.

ELIOT, Paul C. — Medical staff adopts program for use in event of emergency — "Hospital Management" (Hosp. Man.) vol. 51: 30-33. Maio, 1941.

ELLIS, William J. — How shall the hospital develop to meet the demands of the future? — Tr. Am. Hosp. Ass. vol. 39: 531-552. 1937.

EMERSON, Haven — Report to the Citizens Committee on an investigation of the Department of Hospitals and Dispensaries — Buffalo, 1922.

—— Administrative medicine — Thomas Nelson & Sons, Edinburg, 1941.

FAXON, Nathaniel W. — Hospital councils — "Hosp." vol. 10: 43-44 Abr. 1936.

GOLDWATER, S. S. — Patients and policies: next steps in hospital progress — "Hosp." vol. 12: 73-75. Junho, 1931.

—— The hospital and the surgeon — Tr. Am. Tosp. Ass. vol.: 18: 463-484, 1916.

HAMILTON, James A. — Hospital organization; a group staff plan in a rural center — Tr. Am. Hosp. Ass. vol. 34: 769-778, 1932.

HERRICK, James B. — The practitioner of the future — "J. A M.A." vol. 103: 881-885, 22 Set. 1934.

MacEACHERN, Malcolm T. — Hospital organization and management — Physician's Record Co. — Chicago, 1935.

—— Medical records in the hospital — Physician's Record Co. — Chicago, 1937.

—— How to organize an effective staff conference — "M. Hosp." vol. 42: 57-60. Maio, 1934.

MINOT, George R. — Clinical investigation; physician and patient — "J. A. M. A." vol. 105: 641-645. 31. Ag. 1935.

MUNGER, Claude W. — Continuation of medical education during the hospital internship — "Hosp." vol. 10: 15-19. Dez. 1936.

NEWSHOLME, Arthur — Medicine and the State; the relation between the private and official practice of medicine, with special reference to public health — George Allen & Unwin Ltd. — London, 1932.

OSEROFF, Abraham — Two mutually dependent forces; the hospital and the doctor — "M. Hosp." vol. 39: 89-91. Nov. 1932.

PARRAN, Thomas — The health of the nation — U. S. Government Printing Office — Washington, D. C. 1939.

—— The hospital and its medical staff — "Hosp. Man." vol. 44 14-15. Set. 1937.

—— The responsability of the governing body — "Hosp. Man." vol. 44: 14-17. Nov. 1937.

—— Principles of staff organization — "Hosp. Man." vol. 44. 16-17. Out. 1937.

—— Selection of the medical staff — "Hosp. Man." vol. 46: 6. Out. 1938.

—— Who should be consultants — "Hosp. Man." vol. 46: 4. Ag. 1938.

—— Selection of physicians — "Hosp. Man." vol. 47: 4. Junho, 1939.

—— More about the general practitioner — "Hosp. Man." vol. 48: Julho, 1939.

—— Professional accounting to control the hospital's clinical work — "Hosp. Man." vol. 48: 11-13. Nov. 1939.

—— Evaluation of Surgeon's work increases efficiency — "Hosp. Man." vol. 54: 13-15. Ag. 1942.

—— Measuring the work of the physican — Bulletin of the American College of Surgeons — Junho 1929.

—— Differentiation between major and minor surgery — "Hosp. Man." vol. 44: 4. Dez. 1937.

RANKIN, W. S. — The control of Surgery: who shall do major surgery — "Hosp." vol. 11: 14-18. Abr. 1937.

SMITH, Wilford H. — The modern hospital — Tr. Am. Hosp. Ass. vol. 33: 385-399. 1931.

SPELMAN, John D. — Analizing the hospital output — "M. Hosp." vol. 21: 241-243. Set. 1923.

STONE, Joseph Edmund — Hospital organization and management, including planning and construction — 3.a ed. Faber & Faber Ltd. — London, 1939.

SWACKHAMMER, Gladys V. — Choice ond change of doctors — Committee on Research in Medical Economics — New York, 1939.

SEEGER, Stanley J. — A program of education for interns and residents in small hospitals — "Hosp." vol. 15: 25-29. Fev. 1941.

TITUS, Paul — The advisory board for medical specialities — Pittsburg, 1937.

WILBUR, Ray Lyman — Report of the Council on Medical Education and Hospitals — "J.A.MA.." vol. 104: 1064-1065. 30. Março, 1935.

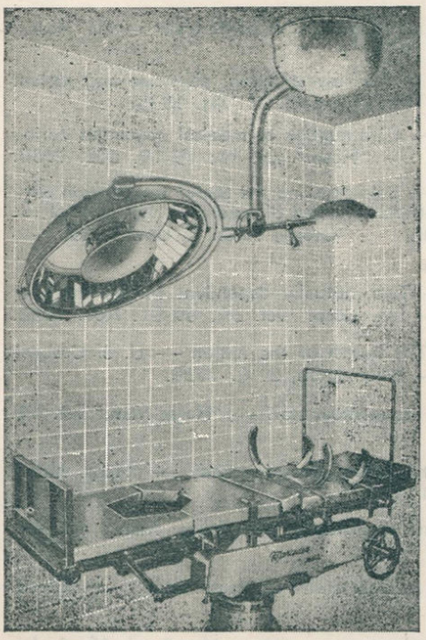
X. — Estudies on hospital procedures. Essentials in staff organization — "M. Hosp." vol. 30: 86-89. Junho, 1928 e vol. 31: 81-85. Julho, 1928.

—— Plan to assign interns to practicing physicians at the University of Oregon — "Hosp. Man." vol. 54: 25-26. Out. 1942.

—— Internships and residencies — "J. A. M. A." Março, 1928

—— What should the hospital expect of an interne - "J.A.M.A." Março, 1938.

LUZ DE EMERGÊNCIA PARA **SCIALYTICOS**



Um dispositivo de luz de emergência é uma precaução indispensável em qualquer sala de cirurgia.

A falta de corrente elétrica em geral, e especialmente as súbitas interrupções da iluminação no campo operatório no curso de uma intervenção, podem ocorrer com maior ou menor frequência em qualquer hospital, prejudicando grandemente tanto a organização como o proprio trabalho dos cirurgiões.

Adequadas medidas de segurança devem portanto ser tomadas, e no caso da sala de cirurgia deve-se escolher uma "Scialytica" com LUZ DE EMERGÊNCIA.

Podemos oferecer agora um eficiente CONJUNTO DE EMERGÊNCIA, a ser incorporado nas grandes Scialyticas de tetc. (Vide referência no volume 18 — ano VIII — 1963 desta revista).

ESTE CONJUNTO APRESENTA AS SEGUINTES PRINCIPAIS VANTAGENS

Foco perfeito — A luz de emergência que tem sua origem num segundo filamento no centro da cúpola, fica ampliada obrigatóriamente pelo tambôr ótico de "Fresnel", exatamente como nos casos de luz normal.

Refletidos pela côroa de espelhos especiais, os feixes de luz, super multiplicados, convergem no campo operatório e formam uma zona de grande amplitude, onde as sombras projetadas são dissolvidas.

Luz fria — Sendo o caminho de luz de emergência o mesmo do da luz normal, os raios caloríficos são interceptados pelo mesmo cilindro de filtro atérmono.

Ligação instantânea — Em casos de falta de luz normal, a ligação da luz de emergência efetua-se automática e instantaneamente através de um relé instalado no cofre de comando.

Manutenção fácil — A recarga na bateria é feita através de um carregador tipo "hospitalar", o qual mantém a mesma sempre em plena carga para emergência.

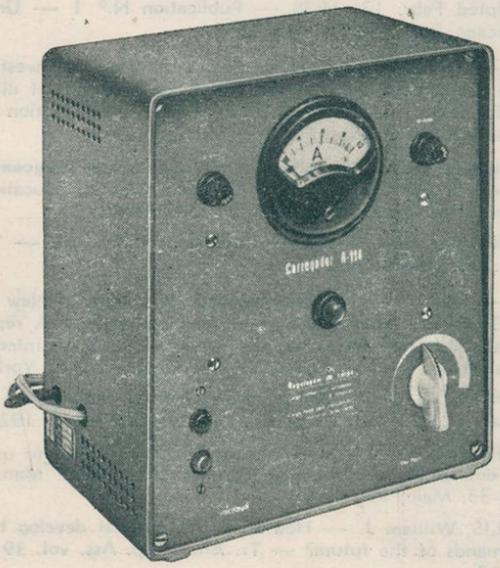
COMPOSIÇÃO DO CONJUNTO DE EMERGÊNCIA

Ref. A-115
DISPOSITIVO DE FOCALIZAÇÃO

e respectivo suporte para bulbo de duplo filamento, com botão de regulagem de fóco, similar ao dispositivo normal, porém em tamanho maior.

Ref. A-113
COMANDO DE SCIALYTICA

cofre metálico para fixação em parede, contendo comandos: luz, normal e luz emergência.
BATERIA de 12 volts acompanha o conjunto.



Ref. A-114
CARREGADOR DE BATERIA

tipo hospitalar, cofre de alúminio, com sinalização adequada, permitindo um controle simples da carga. O carregador pode ser fixado na parede, ou colocado junto a bateria.

micronal S. A. Aparelhos de Precisão Av. João Dias, 3611 S. Paulo Sto. Amaro. Fone: 61-8035

VANTAGENS DO ALOJAMENTO DAS CRIANÇAS JUNTO ÁS MÃES NAS MATERNIDADES

ADVANTAGES OF THE ROOMING – IN PLAN FOR MOTHER AND BABY

CELINA VIEGAS

Uma completa revolução está se processando, modernamente, em vários países, no cuidado dispensado à mãe e ao bebê, logo após o nascimento. A rotina dos berçários, que vem predominando há muitos anos, e que foi geralmente adotada pelos grandes hospitais, está sendo abandonada, e substituida por um processo, mais de acôrdo com a natureza, e muito mais humano: o alojamento da criança junto à mãe, o que permite a esta cuidar de seu filho, na medida do possível.

Não se pode dizer que se trata de uma idéia nova. Ao contrário, antigamente, quando as mães davam à luz em casa, era êste o processo usdo e, em alguns países europeus, muitos hospitais nunca adotaram os berçários, mesmo qundo êstes eram aconselhados como o melhor meio de preservar a saúde dos recém nascidos.

Onde adotam o berçário, logo que nasce a criança, é separada de sua mãe e nêle segregada. O único contáto humano permitido ao récem-nascido, é o das enfermeiras por êle responsáveis, e as mais escrupulosas técnicas de isolamento e assepsia são religiosamente observadas. Tôdas as crianças são submetidas a um rígido horário de alimentação, sem consideração pelas necessidades individuais. Não se pode deixar de reconhecer o valor do berçário, principalmente quanto à prevenção de doenças infecto-contagiosas, e a diminuição do índice de morbidade e mortalidade. Realmente êstes objetivos foram alcançados em alto gráu.

Em breve. entretanto, verificou-se que o preço destas vantagens era por demais grande, pois significava uma ameaça ao normal desenvolvimento emocionl da criança, além de outras consequências desastrosas. Pensava-se muito no conforto físico do bebê, mas as necessidades psicológicas de ambos, pais e filhos, eram absolutamente esquecidas.

A incidência da doença mental na nossa sociedade moderna é um dos mais importantes problemas, que enfrentamos no campo da saúde e, não é uma hipótese, mas um fato cientìficamente provado, que as desordens de personalidade têm sua origem nas experiências da infância mais remota.

Psiquiatras e psicologistas, bem como pediatras, têm se preocupado com as influências perniciosas que a rigorosa rotina dos berçários podem ter sôbre a firmação de uma sadia personalidade.

O índice da mortalidade não é mais suficiente para um julgamento seguro da eficiência de um bom cuidado do récem-nascido.

The new trends in maternity and infant care are towards a complete revolution from the usual routine of nursery procedures, largely adopted by American hospitals, to a more natural arrangement: the rooming-in of mother and baby together, in which the mother takes as much care of her baby as she desires. We cannot say that this is a new idea. Rather it was the original procedure used in old times when mothers delivered their babies at home, and in many European countries it is the usual procedure even today. In America it was abandoned in favor of nurseries with the justified aim to improve standards in infant's health. We cannot overlook and disregard the advantages of nurseries' procedures, mainly the prevention of infections, the control of deficiency diseases and the decrease of babies' morbility and mortality rate. As a matter of fact those aims were attained to a high degree. But the price for such improvements was soon realized to be a great threat to the normal emotional development of infants, besides other disastrous consequences. The physical well being of the infant was overstressed, but the psycological needs of both mother and baby were disregarded.

The incidence of mental illness in our modern society is one of the most important health problems we have to face and it is not a hypothesis but a scientific fact that personality disorders have their origin in early childhood experiences.

Psychiatrists and children's psychologists, as well as pediatricians have been concerned with the influences that the strict routine of hospital nursery procedures can have upon the child's development of

Ótima saúde mental, perfeito desenvolvimento intelectual são tão importantes como a vida, e, portanto, devem ser assegurados às crianças.
Alguns médicos e enfermeiras, concientes dêste problema, resolveram mudar seus métodos e abolir os berçários, apesar da resistência do pessoal hospitalar de idéias conservativas.
Os resultados das experiências do alojamento da criança junto à mãe têm sido até agora satisfatórios e espera-se que, no futuro, êste processo seja adotado em tôda a parte, por causa de suas grandes vantagens, não só com relação ao desenvolvimento mental e emocional do bebê, mas, também, às necessidades e problemas psicológicos dos pais, numa situação de tão grande responsabilidade, como seja a da paternidade.
De acôrco com o novo conceito de saúde, já passamos da época de nos limitar sómente a assistir a mãe no parto, e garantir à criança a saúde física. Hoje, é nosso dever considerar a familia como um todo e atender a todos os seus problemas, não só sanitários ou físicos, mas mentais, emocionais e mesmo sociais.
Algumas das vantagens de conservar a criança junto à mãe, em vez de segregá-la num berçário, são:

1. prevenir desordens neuróticas e problemas de comportamento nas crianças, bem como assegurar seu desenvolvimento físico normal.
2. estimular na mãe o desejo e a capacidade de amamentar o seu filho e permitir a êste um horário flexivel e individual de alimentação.
3. livrar a mãe de ensiedade e preocupações.
4. proporcionar oportunidades para educar e instruir a mãe, no cuidado do bebê.
5. ajudar o pai, a solucionar seus problemas emocionais e a estabelecer boas relações humanas com a família.

PRIMEIRO — Prevenir desordens neuróticas e problemas de comportamento na criança, bem como assegurar seu desenvolvimento físico normal.

Afirmaram muitos psicologistas e psiquiatras que: "Nenhuma criança é nova demais para não ser influenciada pelos fatores circundantes", e "que o estímulo fornecido à criança pelo carinho materno é essencial ao desenvolvimento corporal e psíquico da criança. O récem-nascido necessita ter contato físico com sua mãe, ser carregado, acariciado, aconhegado ao seio, embalado. Além disso, tem sido demonstrado que, mesmo quando a criança sobrevive à falta dêstes carinhos, aparentemente desenvolve um sentimento de insegurança ansiosa, que o persegue até sua idade mais avançada".
(Steckle, Lynde C. "Problems of Human Ajustment").
Não se tem permitido às mães acudir os filhos quando choram, acarinhando-os. Ao contrário, ensinam-lhes que, fazendo assim, elas "estragam a criança". Ambos, mãe e filho, perderam a confiança nas reações instintivas.
O resultado dêstes conceitos errôneos são paradoxais: tem sido provado que, crianças educadas nêste regime de restrição, cresceram com problemas de comportamento, infelizes e inseguras, geralmente necessitados de orientação psicológica.
Tem sido, também, constado que a falta de carinho materno é perfeitamente explicável, pela íntima relação existente entre o corpo e o espírito. Dr. Margaret Ribble no seu livro: "The Rights of Infants" apresenta o estudo de uma doença, chamada "marasmus", resultante da ausência do amor materno. De uma maneira dramática, esta doença prova que a fome de carinho pode afetar uma criança, consumindo-lhe a energia física e mental e levando-a lentamente à morte.
Dr. Ribble diz em seu livro: "E' difícil traçar uma linha divisória exata entre as necessidades físicas e psicológicas do recém-nascido, pois o simples ato de torná-lo mais confortável fisicamente, se for executado por uma mão carinhosa, pode ao mesmo tempo estimular seu sentido de viver e sua consciência de contátos pessoais. Sabemos agora, com certeza, que a capacidade de manter relações emocionais amadurecidas na vida adulta, é uma consequência direta dos cuidados paternais, e mais especificamente do carinho materno, que um récem-nascido recebe. E' esta primeira relação de vida que estimula os sentimentos do bebê, e prepara seu sistema nervoso adormecido, para uma completa atividade funcional, conferindo a cada personalidade individual sua original inclinação. Os impulsos sociais são parte de nossa bagagem emocional primária. a necessidade de afeição é uma exigência tão precisa e irresistível, como a necessidade de alimento. Quando negamos a uma criança a satisfação destas necessidades, estiolamos sua vida emocional e social".
O alojamento da criança, junto à mãe, promove o estabelecimento de relações humanas entre mãe e filho, tão importantes à saúde mental e física do bebê.
Muitos podem julgar que o período de hospitalização depois do parto é tão curto, que a maneira pela qual a criança é tratada, durante êste tempo, não terá grande influência sôbre seu futuro comportamento. Isto não é verdade. Um bom começo é muito importante. Além disso, a mãe será influenciada pelo que observou no hospital e procurará seguir em casa o que ali aprendeu.

a healthy personality. Some doctors and nurses, aware of the problem, decided to change their methods in maternity and infant care, in spite of the resistance from conservative hospital personnel. The results of the experiments in rooming-in have been so far very satisfactory and it is expected that in a few years the procedure will be adopted everywhere throughout the whole country.

I am going to try to discuss in this paper some of the advantages of rooming-in for the mother, for the baby and also for the father whose emotional problems have been entirely overlookey in the whole process of maternity care.

Among the advantages of keeping the baby with his mother instead of seggregating him in a nursery we have:

1. To prevent neurotic disorders in children and problem behaviors, as well as to assure their normal physical development;

2. To increase the mother's wish and ability to breast feeding and to permit the infant a flexible and individual schedule of feedings;

3. To relieve mother's anxieties;

4. To provide opportunities for mother's education and instruction on the care of their babies;

5. To attend to fathers' emotional problems and to help them to establish good family relationships.

FIRST — To prevent neurotic disorders in children and problem behaviors, as well as to assure their normal physical development.

It has been stated by many psychologists and psychiatrists that: :No child is too young to be influenced by environmental factors", that the stimulation afforded the infant by mothering is essential for the efficient development both physical and psychological. The infant needs to have tactual contact with his mother, to be held, rocked and cuddled if effective development is to be assured. It has been shown that even though the infant survives the absence of such mothering, he apparently develops a sense of anxious insecurity which haunts him throughout his later years.

Mothers have not been allowed to respond with conforting care to their babies' cries; they have been taught that in doing so they will "spoil the baby". Both mother and baby have lost confidence in their instinctive responses The results of those misconceptions are paradoxal; it has been proved that babies brought up under this regime of restrain have grown to be behavior problems, "spoiled children", unhappy and insecure, generally in need of psychological guidance.

It has also been proved that the absence of mothering has a pernicious effect in the physical development of infants. Dr. Margaret Ribble in her book "The Rights of Infants" presents the study of a disease called "marasmus", resulting from absence of mother love. In a dramatic way this disease shows how the hunger for mothering can affect a child, wasting away his physical as well as his mental energy, leading him slowly to his death.

Dr. Ribble states in her book: "It is difficult to draw a clear line between the infant's physical and psychological needs, for the very act of making him more comfortable physically if done by a kindly hand, may at the same time stimulate his sense of aliveness and his consciousness of personal contacts. Certainly we know now that the capacity for mature emotional relationships in adult life is a direct outgrowth of the parental care, more specifically the mothering, which an infant receives. It is the first relationship of life which activates the feelings of the baby and primes his dormant nervous system into full functional activity, giving to each individual personality its original slant. Social impulses are part of our primary equipment: emotional hunger is an urge as definite and compelling as the need for food. When we deny an infant the fulfillment of these needs we stifle his emotional and social life". The rooming-in procedure, keeping the baby to his mother, promotes the establishment of that mother-child relationship so important to the infant's physical and mental health.

In opposition to the general belief, many pediatricians, as Maloney, Montgomery and Trainhaur also have stated that babies kept at their mother's side are safer from gastrointestinal, respiratory and dermal infections than the infant in the crowded hospital nurseries as far as the techniques of isolation are not disregarded in the rooming-in procedure.

SEGUNDO — Estimular na mãe o desejo e a capacidade de alimentar o seu filho e permitir a êste um horário flexível e individual de alimentação.

A conveniência do leite materno, como a melhor alimentação para o récem-nascido, é uma opinião já aceita indiscutivelmente por todos os pediatras. As vantagens da alimentação natural são enormes e numerosas. Não vou salientar aqui o alto teor nutritivo do leite materno, seu valor profilático ou terapêutico e outras vantagens que oferece. Sòmente citarei algumas vantagens psicológicas da alimentação materna:

a) satisfação emocional para ambos, criança e mãe, que é muito importante na manutenção das relações normais e humanas entre ambos; o processo de alimentar o bebê estabelece uma intimidade maior e estreita, ainda mais, os laços afetivos que o ligam à mãe, facilitando as relações futuras entre êles.

b) sentimento de segurança para a criança pelo contáto íntimo com a mãe, pela ternura e carinho que lhe são dispensados, durante a amamentação. Dr. Ribble diz que a alimentação materna, "imuniza" contra ansiedades, o que é mais importante ainda que a imunização contra males físicos.

c) amadurecimento fisiológico e psicológico das mães, fazendo-as sentir sua importância para o filho. A amamentação dá à mãe um senso de realização e responsabilidade, que dificilmente será obtido de outra forma. De nenhuma outra maneira poderá ela demonstrar que é indispensável ao bebê. Em Minas, há uma crença de que a mãe transmite, ao filho, suas boas qualidades e as virtudes da família. (Já ouvi mesmo um médico dizer isto). Também se acredita, que a mãe terá maior amor ao filho que amamenta ao seio. Não acredito absolutamente na primeira destas crendices, mas a segunda, penso que é realmente verdadeira.

O alojamento da criança, junto à mãe, facilita e estimula a alimentação natural, pela proximidade entre mãe e filho, durante a hospitalização.

Outro ponto que muito tem sido discutido por especialistas no cuidado do bebê, especialmente por psicólogos, é a questão do horário de alimentação regulado pelo próprio bebê. Muitos pediatras hoje opinam que a frequência das mamadas deve ser determinada pelas necessidades da criança, e não por um horário rígido e predeterminado. Também psicólogos de crianças afirmam que as frequentes frustações e tráumas emocionais, experimentados pelos récem-nascidos por privação de alimento, quando estão famintos, são causas de futuros problemas de comportamento com relação à alimentação, tão comuns entre as crianças de hoje.

A rotina hospitalar não permite a individualização na alimentação dos récem-nascidos: ao contrário, submete todos êles a um horário padronizado. Alguns bebês podem necessitar de maior porção de alimento que outros. Se todos são sujeitos ao mesmo horário, consequentemente alguns chorarão mais, ou sentirão fadiga, angústia e frustação. De outro lado, si forçamos o alimento em crianças sonolentas e satisfeitas, poderão tomar por êle aversão e desgosto. No processo do horário individual, a mãe é aconselhada a observar e anotar quão frequentemente o bebê reclama o alimento e verificará (com surpresa), que êle mesmo estabelecerá o seu próprio e regular.

O alojamento da criança junto à mãe, facilita êste novo processo de alimentação e permite instruir a mãe como proceder eficientemente para seguí-lo.

Transcrevo, aqui, uma crítica da rotina hospitalar no cuidado da criança, escrita por uma psiquiatra, Dr. Irene Josselyn, no seu livro "Psychosocial Development of Children". Diz ela: "Algumas escolas de pensamento concernentes ao cuidado da criança negam ao récem-nascido uma tendência fundamental: a necessidade de ser amado. Conforme seu conceito, o infante é uma cabeça de repolho, capaz de respirar, comer e excretar. Ensinam aos pais que não devem nunca pegar numa criança nova, que tal contáto com o mundo exterior só poderá "estragá-la". Acreditam, baseiando-se em experiências fisiológicas, que o estômago da média dos récem-nascidos se esvasia e precisa ser enchido de novo cada quatro horas. Um bebê, portanto, deve aprender a se conformar com os resultados das pesquisas fisiológicas. E' preferível a criança ficar faminta a desmoralizar a pesquisa. Sustentam que o récem-nascido deve ser deixado em ambiente tão isolado quanto possível, de modo que não possa haver perigo de ser tentado a reagir a nada, sinão ao seu próprio desconforto físico. Si chora, é importante deixá-lo chorar, de modo a ensinar-lhe que o choro é um método totalmente inútil para eliminar o desconforto. Em essência, aconselham que tôda tentativa deve ser feita para adiar o mais possível o maldito dia em que a criança deve deixar seu estado vegetativo e tornar-se um ente humano. A natureza, em sua usual inconsistência, invalida, hàbilmente, o bem planejado programa científico. Reconhece-se que a alimentação materna é melhor para os bêbes que a artificial. O bebê criado ao seio cresce melhor, parece mais satisfeito e não está sujeito a cólicas. Talvez não seja sòmente por sua composição natural que o leite materno é mais apropriado à alimentação infantil. Seu benefício pode, também, provir do fato de a natureza ter falhado em fazer desmontável o seio materno.

SECOND— To increase the mother,s wish and ability to breast feeding and to permit the infant a flexible and individual schedule of feedings.

The advisability of breast feeding as the best way to feed an infant is an opinion generally accepted by all the specialists concerned with the healthy development of babies. The advantages of breast feeding are enormous and numerous. The most important are:

a. the lower morbility and mortality rates for breastfed infants as compared with artificially fed infants;
b. the higher nutritional value of human milk;
c. the prophylatic value of human milk;
d. the prevention against constipation provided by human milk;
e. the therapeutic value of human milk in enteric disturbances;
f. the lower incidence of allergy among breast-fed infants;
g. earlier involuntionary process in the mother after the termination of pregnancy;
h. lower incidence of carcinoma of the breast in women who have nursed their babies;
i. convenience and economy for the parents;
j. emotional satisfaction for both mother and infant which is very important in establishing good mother-child relationship;
k. security for the baby by close contact with the mother, by the tenderness and intimacy experienced while nursing.

Dr. Ribble says that breast-feeding brings "immunization" agains' anxiety and that this is even more important than the chemical protection which it is supposed to give the child;
-l. physiologic and psychological maturation process for mothers by making them feel their importance to the infant.

It has been found that the rooming-in procedure facilitates and stimulates breast-feeding by the closeness between mother and child during the hospitalization. It is true that education and indotrination of mother about the advantages of breast-feeding must stant far back during the pregnancy; it is mainly a task of public health nurses. But it is also true that the closeness with the baby during his earliest days influences the mother by making her to desire to nurse the baby herself.

Other point that have been much discussed by specialists in children's care, especially child psychologists, is the question of self-regulating feeding schedule for infants. Many pediatricians now advocate that the feeding program must be determined by the child's needs instead of by a predetermined and rigid schedule. Also child psychiatrists have stated that the repeated frustations and emotional traumas experienced by refusal of food when they are hungry are causes of later feeding and behavior problems so common among children today. Hospital routine do not allow individualization in feeding infants; rather it submits all the children to a standard schedule. Some babies may need more food than others. If we subject them to regular hours, they will consequently cry oftener, feel fatigue, distress and frustation. On the other hand if food is forced upon sleepy and satisfied babies they may feel disgust and aversion for food. In the self-demand schedule the mother is encouraged to observe and study her baby's behavior and his individual need for food. Soon he will establish a pattern of his own and will eat regularly.

An objetion was aroused against the self-demanding schedule concerned with the strain in the mother's nipples due to frequent feedings. However, complete absence of cracked nipples among primitive mothers who constantly nurse their children is reported by Margaret Mead in her study about primitive people.

Rooming-in will extremely facilitate the establishment of a self-regulating schedule for the infant since the earliest days of his life and will allow a more efficient instruction of the mother about this new procedure.

I want to quote a criticism written by a psychiatrist Dr. Irene Josselyn, in her book "Psychosocial Development of Children" of the hospital routine in child care. She says: "Certain schools of thought concerning infant care deny the existence of this pattern in the new born child (the drive to be loved). According to their concepts the new born infant is a breathing, eating, excreting cabbage-head. Parents are told that a small baby should never be held; that such a contact with the outside world will "spoil the baby". They believe, on the basis of physiological experience, that the "average" infants' stomach empties and needs replenishment every four hours. A baby should therefore learn to conform to the conclusions indicated by research. Better that the baby be hungry than research defied! They advocate that the baby be left in surroundings as isolated as possible so that there will be no danger of his being tempted to react to anything but his own physical discomfort. If he cries, it is important to let him cry in order to teach him that crying is a totally futile method of handling discomfort. In essence, they advise that every attempt be made to put off as long as possible the evil day when the infant leaves his vegetative state and becomes a human being. Nature, with its usual inconsistency neatly defeats the well-thought-out scientific program. It is recognized that breast milk is better for babies than formulas. The breast-fed baby gains better, seems more contented and is not as subject to colic. Perhaps it is not only nature's formula that makes breast milk more adequate for babies. The benefit from breast milk may also be the result of nature's failure to make the breast de-

A ciência médica não descobriu ainda uma maneira satisfatória de amamentar o bebê, a não ser trazendo- o aconchegado ao peito. O estimulo sensorial resultante dêste aconchego exerce sua influência sôbre a criança".

TERCEIRO — Livrar a mãe de ansiedades e preocupações.

A segregação dos récem-nascidos em berçários, logo que nascem, é causa de muitas ansiedades maternas.

As mães, quando são mentalmente sadias, se sentem destituidas de seus direitos quando separadas de seus filhos, ficam preocupadas, imaginando o que lhes estará acontecendo e ressentidas da limitação do tempo, em que lhes é permitido gozar de sua companhia.

Êstes fatores são causas de ansiedade para a mãe e, se outros elementos vêm se acrescentar a êstes, verdadeiros desastres podem ocorrer, Miss Hildegard Peplau em seu livro "Interpersonal Relations in Nursing" narra o caso de uma paciente cuja ansiedade, por causa de seu filho, a levou à insanidade mental.

Esta é a história transcrita do livro: "Uma senhora jovem que havia préviamente sido hospitalizada por causa de um crise psicótica, submeteu-se a um longo tratamento psicoterápico e depois de algum tempo, engravidou-se. Durante a gestação, sentiu-se razoàvelmente tranquila com a idéia de se tornar mãe. Durante a hospitalização, na maternidade, à espera do parto, começou a sentir dúvidas sôbre a sua capacidade de aguentar a "delivrance" com sucesso.

Outras pacientes estavam gritando na enfermaria e ela começou a imaginar porque seria. Ninguém a preparou para o que se esperava dela ou a esclareceu sôbre as etapas do trabalho de parto. Durante êste, enfermeiras e médicos falavam dela, como si estivesse inconsciente do que estava acontecendo.

Seu "jargon" a assustava e quando houve entre êles uma discussão sôbre a posição da cabeça da criança, ela começou a ficar cada vez mais aflita. Finalmente, terminado o parto, levaram-na para seu quarto. Quando pediu se podia ver a criança, (para verificar se a cabeça estava no lugar certo), disseram-lhe que teria de esperar vinte a quatro horas. Sua ansiedade aumentava em cada contáto com o pessoal profissional. Reconhecendo o que lhe estava acontecendo, decidiu que devia falar francamente com uma das enfermeiras. Resolveu pedir à enfermeira uma comadre e se esta parecesse interessada, diria a ela a causa de sua angústia. A enfermeira lhe respondeu: "A senhora terá que esperar até que seja hora de distribuir as comadres".

Sua ansiedade aumentou ràpidamente e, no dia seguinte, teve que ser removida para um hospital psiquiátrico, vítima de uma segunda crise psicótica".

Êste exemplo mostra o mal que pode a ansiedade causar. E' verdade que esta paciente tinha outros fatores contra sua saúde mental, mas se lhe houvessem permitido ver seu bebê, logo após o parto, se êste tivesse ficado ao seu lado, podemos presumir que isto a libertaria de sua ansiedade e evitaria que fosse necessário levá-la de volta ao hospício.

Sem comentários, o fato de a enfermeira não reconhecer o problema emocional de sua paciente. Isto é absolutamente imperdoável em uma enfermeira "profissional".

QUARTO — Outra vantagem importante do alojamento da criança junto à mãe é a oportunidade de educá-la e instruí-la na maneira de cuidar de seu filho.

A mãe se familiariza com a criança, observa seu comportamento e aprende a interpretar suas reações. Seu interesse no desenvolvimento do bebê aumenta e ela adquire a compreensão de que êle é um ser humano, necessitando de amor e carinho. Aprenderá, também, as técnicas comuns do cuidado ao recemnascido.

Quando voltar para casa, não se sentirá insegura pela falta de conhecimento em puericultura; sentir-se-à confiante e não terá nenhuma tensão nervosa a transmitir ao seu filho, que não é para ela um estranho, mas alguém a quem ama e sabe como tratar.

mountable. Medical science has not found a satisfactory way to give breast milk to infants without someone holding them. The sensory stimulation resulting from this holding has its effects upon the child".

THIRD — To relieve mother's anxieties.

The seggregation of infants in nurseries as soon as they are born is the cause of many mother's anxieties.

Healthy mothers feel deprived having their babies away from them, become anxious about what is happening to the baby, resent the limitation of time the baby is allowed to stay with them.

Those factors are sources of anxiety for the mother and if some other elements are added to those, real disasters may happen. Miss H. Peplau in her book "Interpersonal Relation in Nursing" tells the story of a mother whose anxiety for her child drove her to insanity. This is the story quoted from the book: "A young woman who had previously been hospitalized for a psychotic episode had long term psychotherapeutic assistance and later decided to become pregnant. Throughout pregnancy she felt reasonably comfortable with the idea of becoming a mother. During her hospitalization prior to delivery, however, she began to have many doubts about her ability to undergo the event. Many patients were "yelling" on the ward and she wondered what that was about. No one outlined what was expected of her or the steps that she could anticipate would be followed in the delivery of her child. During delivery, nurses and doctors spoke of her as if she were unaware of what was happening. Their jargon frightened her and when there was disagreement about the position of the infant's head, she become more and more uncomfortable. Finally the delivery was over and she was returned to her room. When she asked whether she could see her baby (in order to find out if its head was all right) she was told that she would have to wait for twenty four hours. Her anxiety mounted with each relationship with professional personel. Finally, she realized partly what was going on and decided that she ought to talk it over with one of the nurses. She decided to ask the nurse for a bedpan and if the nurse looked interested in her she would discuss her discomfort. The nurse said, "You will have to wait until we pass them one hour from now". Her anxiety moved swiftly and the next day she was removed to a psychiatric hospital for a second psychotic episode".

This example shows what anxiety can do to a mother. It is true that this patient had other factors against her mental health, such as her previous psychotic episode, but if she was allowed to see her baby right after the delivery if the baby could stay with her, we can affirm that she would be relieved from her anxiety and nothing would happen to take her back to the psychiatric hospital. No comments on the nurses' failure to recognize this patient's emotional problems. That is something unforgivable in a "professional" nurse!

FOURTH — To provide oportunities for mothers' education and instruction on the care of their babies.

Another important advantage of rooming-in is the opportunity it provides for the mother instruction in child care. The mother becomes acquainted and familiar with her baby, learns his behavior and how to interpret his reactions. Her interest in child development increases and she will be aware that her baby is a human being who needs affection and love. She will learn the usual techniques of baby care. When time comes to go home she will not feel anxious about her lack of knowlegde of the baby's behavior. She will feel confidence in herself and have no tension to transmit to her baby. Her child is not a stranger to her, but someone she loves and knows how to take care of.
In the mother's instruction the nurses's role is one of the most important. She must help the mother to establish good relationship with her baby. At the same time she has an opportunity to develop her own knowledge in maternity care, pediatrics and mental hygiene by observing mother's and child's reactions and by helping the mother to solve the problems related to her child's care.

QUINTO — Ajudar o pai, a solucionar seus problemas emocionais e a estabelecer boas relações humanas com a família.

Até agora, o pai era absolutamente afastado e proibido de qualquer participação no nascimento de seu filho.

Seu dever era limitado a trazer a esposa até a porta do hospital e voltar para casa, preocupado sôbre o que poderia acontecer-lhe.

Depois do nascimento, não lhe era permitido pegar no bebê; na na realidade, sòmente podia ver seu filho, através do vidro da janela do berçário, durante alguns minutos, uma vez por dia. Ninguém mostrava consideração alguma por seus sentimentos e angústias. Seu problema emocional era completamente ignorado por todos.

Modernamente, tende-se a reconhecer os direitos do pai e seus problemas. Permitem-lhe ficar junto da esposa, durante o estágio inicial do trabalho de parto e, depois do nascimento, visitar a mãe e o bebê, na enfermaria.. Concedem-lhe o direito de pegar a criança, com condição de levar as mãos e vestir um avental.

Pode mesmo aprender a mudar fraldas e ajudar a mãe a acomodar a criança no colo, numa posição favorável à amamentação. Sentir-se-à mais feliz e importante, verificando que sua posição na família é reconhecida, o que favorecerá a manutenção de boas relações familiares futuras.

Considerando tôdas estas vantagens do alojamento da criança junto à mãe, é necessário que se procure adotá-lo, mesmo que traga despezas e uma aparente e transitória falta de organização.

Aliás, a organização só é boa quando serve à pessoa humana.

Quando a abafa, escraviza e ignora seus direitos, é péssima. Em certos lugares, haverá grande resistência a esta idéia, especialmente entre as enfermeiras rotineiras e que não gostam de mudanças. Muitas dirão que acarreta trabalho dobrado, mas a qual trabalho nos devemos furtar, quando se trata do bem dos nossos queridos pacientes?

No hospital onde trabalhamos, não há berçário e posso assegurar que isto não impede que haja perfeita organização, ao lado de maior satisfação no trabalho das enfermeiras e completo confôrto das pacientes e seus filhinhos.

FIFTH — To attend the father's emotional problems and to help him to establish good family relationship.

Until the present time, the father was completely shut out from any participation in his child's birth. His role was limited to bring his wife to the hospital door, and to go home to worry by himself about what was going on. After the delivery, he was not allowed to handle his baby, as a matter of fact, he only could see his child at certain hours through the windows of a nursery. Nobody had any consideration for his feelings and anxieties.

Now the new trends are towards recognition of the father's rigths and problems. He is encouraged to stay with his wife during the early part of labor and after the delivery to go to the rooming in unit for a brief visit. He is allowed to hold the baby, providing that he washes his hands and puts on a hospital gown. He even may learn how to diaper and how to aid the mother to adjust the boby to a comfortable feeding position. He will feel happier and important, which will help him in establishing good family relationship.

For a successfull rooming-in procedure, the isolation techniques should not be disregarded, in order to prevent infections. Visitors are limited to two people, besides the father. The mother will not miss the many visitors that she used to have before, because she has her baby with her to keep her busy and happy.

An adjacent cubicle nursery may be provided for the baby if the mother does not want to have him with her all the time.

Considering the great advantages of rooming-in, it is a nurse's job to spread the idea and to convince people to adopt it. It is going to be a hard job because of the resistance from conservative people, especially routine minded nurses who do not want to be convinced that babies belong to their mothers and not to them.

In my country many hospitals do not have nurseries, because of the mothers' rebellion against them. A few years ago, a case of mixing up of babies occured in one hospital in which the babies' identification technique was not very accurate. The newspapers published the event in big fashion and mothers now are even more scared to have their babies away from them than before.

In the particular hospital where I work, we never succeded in setting up a nursery. Mothers would not come to he hospital unless they were assured that their babies would not be taken away from them. The obstetricians were on the mothers' side, because they feared the emotional strain would be harmful to the mother. So the pediatricians and we, nurses, could not do anything about the situation.

We felt very guilty and frustrated not following the nurseries procedures which were said to be the best for infants' care. I am very happy to go back with the good news that the mothers are right and that we do not have to worry anymore about not having a nursery in our hospital.

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

Aldrich, a. and Hewitt, E.S. A Self-regulating Feeding Program for Infants. **Journal of the American Medical Association.** 135: 340-342. October 11, 1947.

Aldrich, Anderson. The Advisability of Breast Feeding. **Journal of the American Medical Assocation.** 135: 915-17. December, 1947.

Jackson, Edith. Should Mother and Baby Room Together? **American Journal of Nursing.** 46: 17-19. January, 1946.

Josselyn, Irene M. **Psychosocial Development of Children.** New York. New York City Family Service Associaton of America, Inc. 1948.

Maloney, J. C. and Montegomery, J. C. and Trainhm, G. **The Newborn, His Family and the Modern Hospital,** 67: 43-46. December, 1946.

Peplau, Hildegard E. **Interpersonal Relations in Nursing.** New York. G. P. Putnam's Sons, c 1952.

Ribble, Margaret A. **The Rights of Infants.** Columbia University Press, 1943.

Spock, Benjamin. **Pocket Book of Baby and Child Care.** Pocket Books, 1946.

Steckle, Lynd C. **Problems of Human Adjustmente.** New York. Harper and Brothers Publishers, c 1949.

Thoms, Herbert, Jackson, Edith S. Stowe, Lyman and Goodrich, Frederick. The Rooming-in Pln for Mother and Infant. **American Journal of Obstetrics and Gynecology,** 50: 707-711. December, 1948.

The Department of Pediatrics of the University of Chicago. Liberal Infant Feeding. **Journal of the American Dietetic Association,** 22: 602-604. July, 1946.

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 MOÇOS
Rua Nestor Pestana, 147 - Construtora Paulistana S. A.

- Sondagens
- Estudo do Sub-Solo
- Estaqueamentos
- Tubulões

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

TUBULÃO PARA RETORNO DE ROUPA

THE LAUNDRY CHUTE IN HOSPITALS

JARBAS KARMAN

I — PARTE

Várias são as soluções que se apresentam e que atendem ao propósito de fazer chegar à lavandaria a roupa usada: transporte horizontal, elevador, monta-cargas e tubo de queda.

Em hospitais térreos, ou nos servidos de rampa, o transporte horizontal pode ser manual ou mecanizado, dependendo das distâncias e outros fatores locais.

Já, para hospitais em altura se torna necessário recorrer a um dos três meios de circulação vertical mencionados.

Quando a roupa tiver de ser elevada, como no "Fordham Hospital", de New York, então não há alternativa senão utilizar o monta-cargas ou o elevador, mas, quando a lavandaria se encontra localizada no térreo ou outro andar inferior, então, pode-se cogitar, também, do Tubulão.

Mesmo quando o hospital tiver acentuado desenvolvimento horizontal, e mais de uma descida se fizer necessária, é de se ponderar se o tão discutido tubo não constitue boa solução.

A favor de "chutes" curtos, de apenas dois pavimentos, para facilidade de limpeza, aí estão as pesquisas da **"Nuffield Provincial Hospitals Trust"** (1). Por outro lado, Rosenfield (2) recomenda um "chute" por ala, independentemente da altura da instituição.

O assunto não deixa de ser controvertido, mas, não bastassem as opiniões favoráveis dos mais categorizados autores (3 a 19), então, deveriam servir de argumento os inúmeros hospitais de construção recente, que não prescindem do tubo de retôrno.

Analisemos, contudo, as vantagens que os tubos de queda apresentam e os defeitos que habitualmente lhes são atribuidos.

Vantagens: Transporte direto, simples, prático, rápido e cômodo; grande rendimento; baixo custo de instalação e manutenção; ausência de equipamento mecânico; manuseio fácil; impossibilidade de desarranjos ou interrupção; economia em espaço e energia humana.

Desvantagens: A) fonte de aerosois; B) dificuldade de limpeza e odores; C) perigo de incêndio e acidentes; D) estrago dos envoltórios; E) dificuldade de controle da roupa.

As vantagens não carecem de ser ressaltadas. Examinemos, portanto, as objeções que lhe movem, se procedem e se são passíveis de correção.

A) FONTE DE AEROSOIS E CONTÁGIO: é esta a mais séria restrição que se pode fazer ao tudo de queda, conforme relatam as mais recentes pesquisas realizadas, sob a direção de Carl Walter (20), se bem que, nem os monta-cargas e nem os elevadores estejam livres de semelhante imputação. O saco de roupa suja ao descer, dentro do tubo, faz de êmbolo de uma bomba aspirante-premente, que, além de aspirar o ar que lhe fica acima, comprime o ar inferior e a si próprio; comprimindo-se, liberta- pelas suas aberturas, fiapos e particulas, que, quando contaminados, se constituem em perigosos aerosois e, quando não, em ótimos veiculadores de bactérias.

Com a compressão do ar contido no duto, êsses aérosois são expelidos, sob pressão, através dos vãos das portas, espraiando-se pelos andares e contaminando o ambiente.

Uma solução para sanar êsse inconveniente seria instalar um duto de ventilação, paralelo ao tudo de queda e a êle ligado, a determinados intervalos, a exemplo das instalações de esgôto.

Esse ventilador, além de prevenir a compressão do ar, ventilaria permanentemente o duto; se calculado para uma certa tiragem, criaria uma contínua corrente ascendente, que removeria odores e aérosois.

A abertura das portas dos tubos, ao contrário do que ocorre e se receia, aspiraria o ar, os fiapos e os aerosois do compartimento, para o qual abrem as portas do tubo, e destinado a servir de antesala.

O próprio compartimento de recepção de roupa, ao pé do duto, se beneficiaria dêste ventilador, já que, geralmente, êstes ambientes não dispõem de ventilação direta.

A ventilação permanente atuaria ainda como medida higiênica, na eleminação de microrganismos, que poluissem o tubo.

Contudo, mais que o ventilador, o uso de sacos concorre decisivamente para a higiene dos tubos de queda.

A roupa usada nunca deveria ser transportada solta, em parte nenhuma do hospital, nem sobraçada por atendentes, em carros abertos ou tubos de queda.

Inversamente, a prática de ensacar a roupa suja, já na fonte, oferece tôda a segurança desejada. Roupa, em sacos fechados, pode ser transportada sem nenhuma objeção por qualquer dos meios conhecidos: carrinhos, tubos de queda, monta-cargas, elevadores ou braçalmente.

Não é qualquer saco que serve e muito menos servem as fronhas ou lençois sujos, improvisados em saco. Além de mais caros e impróprios, não dão vedação completa e, por si, podem ser fonte de aerosois e contágio.

Um saco, que tem dado bons resultados, é o de tecido de lona; seu modelo, tamanho, formato e côr variam com os hospitais.

A mesma técnica usada para aventais, em isolamentos, é aplicada aos sacos; face externa, limpa; face interna, contaminada.

A indústria americana já lançou vários tipos de sacos, podendo ser dado como exemplo, os sacos de **"The Hartford Company"**. O seu fechamento é engenhoso, bastando, para isso, virar do avesso a larga dobra, em tôrno da metade da boca do saco, à semelhança de um capuz. A inversão do saco faz com que o pêso da roupa exerça compressão contra a dobra, fechando-o herméticamente.

Os sacos da **A. S. Aloe Co.** são feitos de polietileno transparente de 45 e 62 cm de diâmetro. São fixos ao suporte, por meio de cinta elástica. Uma vez cheios, são fechados simplesmente por

meio de nó. Resistem à queda de "chute". Após o uso são descartados. Servem, principalmente, para materiais contagiosos; são impermeáveis a sangue, pús e outros fluidos.

Solução mais economica seria o forramento do saco de pano com saco plástico de pouca espessura e baixo custo.

B) HIGIENE E ODORES: A limpeza dos tubos é geralmente facilitada, utilizando-se, em sua construção, materiais resistentes, não porosos e anti-ferruginosos, com superfície interna lisa, se possível polida, esmaltada ou vidrada.

A provisão de mangueira c,om vapor ou água quente, junto a cada porta de acesso, enseja a desejada limpeza e prevenção de odores. Ralo de grande vasão, na base do duto, é obviamente necessário.

Um adequado sarilho, na extremidade superior do "tubulão", com a finalidade de baixar e elevar uma escova, nas dimensões da secção do duto ,de modo a esfregar em seu movimento de vai e vem, simultaneamente, tôdas as suas superfícies perimetrais, removeria qualquer possibilidade de resíduos, aderências ou causas de odores, dentro do tubo.

Todavia, um meio fácil e seguro de evitar que roupa infectada contamine a ante-sala, as superfícies visinhas à abertura do tubo, a superfície interna do tubo e o compartimento de recepção, na base do tubo, consiste, simplesmente, em não esparramar roupa suja pelo piso da ante-asala e nem descê-la, pelo tubo, sem ser em sacos.

As culturas tomadas, em tubos e salas de recepção, onde a roupa era manipulada solta, revelaram-se tão impressionantes, que forçaram autoridades norte-americanas, a interditarem essa prática.

C) POSSIBILIDADE DE INCÊNDIO E DE ACIDENTES: De fato, pontas de cigarro ou fósforo acessos, jogados no tubo, podem ser causa de incêndio.

Podem os tubos, também, ser causa de acidentes para crianças e para pacientes mentais, principalmente quando a porta for localizada junto ao piso, para a fácil descida do saco, sem obrigar ao esfôrço de ter de erguê-lo.

Todos êstes riscos e mais o inconveniente acúmulo de sacos em frente à boca dos tubulões quando localizados nos corredores das unidades, podem ser evitados com a provisão de uma ante-sala. Um meio de complementar a segurança procurada seria dotar a porta dêste compartimento ou a do tubo, com trinco de fecho automático, passível de ser aberto com a chave mestra, de extremidade quadrada, comum a tôdas as portas dos quartos dos pacientes (*).

"Sprinklers" são aconselhados no fôrro do compartimento de coleta ,na base do tubo.

D) ESTRAGO DOS ENVOLTÓRIOS: Normalmente, os sacos, que contêm a roupa, não devem sofrer danos, na sua queda. Superfícies ásperas, pontas de solda, saliências, ressaltos e outras imperfeições, são, geralmente, a causa de rasgos, furos e esgarçamentos dos envoltórios. Dimensões insuficientes, ou diâmetros inferiores a 60 cm, obrigam os sacos a atrito, às vezes, contínuo, contra as paredes, durante tôda a queda.

O impacto com o fundo do duto, mormente quando a altura for acentuada, deve ser suavisado, ou por meio de uma rampa de chegada, que obrigue o saco a deslizar e perder a velocidade antes de atingir o solo ou cair diretamente no carrinho de transporte, ou por meio de um balancim de contra-pêso, que amortize o choque.

A porta de ferro (contra incêndio) do compartimento de recepção dos sacos, ao pé do tubo de queda, deve abrir para fora, a fim de possibilitar a retirada da roupa, sem danificar os sacos, em caso de congestionamento ou obstrução.

E) CONTROLE DE ROUPA: E' outro ponto de objeção ao uso de Tubulão. Para a sua devida apreciação torna-se necessário fazer uma rápida revisão dos principais sistemas de controle de roupa.

1 — Troca: A roupa suja, de cada departamento, é substituida por equivalente limpa.

A troca pode processar-se de várias maneiras, como por exemplo: no andar: peça contra peça; na lavandaria: rol de roupa suja or rol de roupa limpa; na sala de recepção: o conteúdo dos sacos, uma vez contado, é devolvido ao respectivo andar, inclusive com um saco limpo.

E' um sistema relativamente oneroso, devido à absorção de tempo requerido pela contagem, confecção do rol e a sua conferência, mas que permite amplo e seguro controle.

2 — Departamentalização: Cada departamento possue a sua roupa própria, devidamente marcada; após lavada, às vezes até em separado, é tôda devolvida ao departamento a que pertence.

Êste sistema apresenta a desvantagem de exigir maior quantidade de roupa, relativamente aos outros sistemas, e quantidade maior de roupa em circulação, redunda em maior consumo e consequentemente, maior oportunidade para extravios.

O controle seria realizado pelos departamentos respectivos, mas, na prática, tem-se revelado muito precário, quando não, inexistente.

Outro inconveniente resulta da lavagem e do manuseio, em separado, de quantidades insuficientes de roupa, principalmente de departamentos menores.

3 — Requisição: A roupa é distribuida e a fiscalização feita, mediante requisição escrita dos departamentos.

E' o sistema que demanda a menor quantidade de roupa em circulação e menos tempo toma à enfermeira para o controle.

A maior responsabilidade pelo suprimento de roupa recai sôbre o encarregado da lavandaria.

Quando devidamente executado, êste sistema permite fiscalização constante da roupa usada pelas unidades de enfermagem, já que as requisições e as entregas são controladas.

Apresenta a desvantagem de requisições além das necessárias, provocadas por cortes, atrazos na entrega ou insuficiente quantidade de roupa em circulação.

A combinação do sistema de requisição com o de departamentalização tem-se, muitas vezes, mostrado prática.

Os departamentos, que mais frequentemente se valem da departamentalização são: cirurgia, obstetrícia, berçário, cozinha e refeitório.

Às vezes, principalmente dependendo do volume, é até vantajoso manter essa roupa completamente separada, durante todo o processo de lavar e passar, o que prescinde da necessidade de classificação posterior.

A roupa comum aos demais departamentos seria fornecida pela rouparia central, mediante requisição.

4 — Cotas: É o sistema em uso no **Harper Hospital.** (**)

Êste sistema apresenta certa dificuldade no estabelecimento da cota individual, realmente requerida pelos departamentos e serviços.

Há hospitais, que prescindem da contagem; as quantidades são verificadas pela altura das pilhas de roupa e correspondente marcação, na divisão vertical de cada compartimento do carro-prateleiras.

O sistema de distribuição de roupa limpa, não é afetado pelo retôrno da roupa suja, quando feito por qualquer dos meios conhecidos. Até, pelo contrário, no referido **"Harper Hospital"**, onde foram realizadas significativas pesquisas e em consequência introduzido um novo sistema de distribuição a roupa suja desce em sacos apropriados, utilizando o tubo de queda comum.

O volume de roupa lisa, neste hospital, é de 5 ton. por dia.

Para melhor compreensão do novo sistema de distribuição de roupa limpa, conviria analisar, primeiramente, o seu sistema primitivo.

a) nesse sistema, o fluxograma era o seguinte: a roupa saida da calandra era dobrada e colocada em um carro-prateleiras. Quando cheio era levado à rouparia central, junto à lavandaria.. O carro era descarregado e as roupas armazenadas em prateleiras fixas.

A uma requisição vinda dos andares, as roupas solicitadas eram retiradas das prateleiras e postas em outro carro, que era conduzido ao andar. No andar, o carro era descarregado e as roupas transferidas para as prateleiras da rouparia do andar. Nas horas de menos movimento, as atendentes completavam a arrumação das roupas e confeccionavam os pacotes. Quando se fazia necessário o arranjo de um leito, uma atendente ou auxiliar de enfermagem vinha à rouparia e de lá retirava os pacotes necessários e os levava ao quarto do paciente.

b) O novo sistema trouxe considerável simplificação no manuseio da roupa e eliminou os operações desnecessárias, restringindo-as às essenciais.

A inovação básica é o carro-prateleiras.

A retirada da roupa da calandra, e seu armazenamento nas divisões do carro-prateleiras, se processa, segundo uma rotina preestabelecida; a guarda do carro, assim carregado, é feita na rouparia central, onde a roupa é contada e conferida para que cada unidade receba a cota exata que lhe foi fixada; diàriamente, em horas preestabelecidas, um carro cheio é levado à rouparia do andar re spectivo; o vasio retorna à rouparia central; as roupas,

---

(*) Hospital São Domingos — Uberaba.
(**) Harper Hospital — Detroit - Michigan

por acaso, remanescentes são dispostas no alto das pilhas para serem utilizados, em primeiro lugar, na subsequente volta ao andar.

Por ocasião do arranjo das camas, o carro é retirado da rouparia e levado, de porta em porta, economizando, dessa forma, à enfermeira inúmeras caminhadas à rouparia.

Da mesma forma, a feitura de pacotes ou jogos deroup a, contendo lençol, fronha, toalha de banho, de rosto, etc., perde a sua razão de ser, visto que, com o carro à porta, deixa de haver dificuldade na coleta direta dessas peças.

A economia em dinheiro, proporcionada por êste sistema, relativamente ao interior, foi da ordem de 49,5% (2).

5 — Rol-central: **A roupa é contada e o rol feito pelo encarregado** da lavanderia ou rouparia central, baseado em cotas preestabelecidas.

6 — Pacotes: A rouparia central prepara um pacote para cada paciente do hospital, e os entrega, pela manhã, a diferentes unidades. (*)

Para altas e casos especias, são previstos pacotes adicionais. É um metodo de controle eficiente, mas laborioso. Apresenta, ainda, a desvantagem de obrigar o uso de um pacote inteiro, mesmo quando, só parte dele, é necessário. Há, ainda, o problema dos **"pacotes desfalcados,** dos quais a enfermeira retirou apenas a peça de que carecia.

7 — Posto-quarto: A roupa é levada, classificada, da rouparia central, em carros som subdivisões. Nas unidades, a roupa é retirada, empilhada em jogos, um por paciente, e posta em cada quarto ou junto a cada leito. (**) À noite, um carro cheio fica à disposição da enfermaria. Roupa especial é entregue, mediante requisição.

O exame dos sete principais sistemas de distribuição e controle de roupa revela que, práticamente, todos permitem o retôrno da roupa usada, por tubo de queda.

O controle da roupa sempre é viável, quer se utilize o tubulão ou outro meio de descida. O gráu de eficiência de um sistema de controle é mais função do pessoal do que própriamente dos meios físicos empregados.

Há hospitais, nos Estados Unidos, que chegaram à conclusão de que o controle não compensa, por custar tanto ou mais, que o extravio, se bem que haja opiniões em contrário, que defendem a necessidade de os hospitais exercerem êsse contrôle. (2).

Entre nós, principalmente nas regiões onde a mão de obra é barata, o controle de roupa é sempre compensador.

Se o controle já se apresentava difícil, hoje, com as medidas de proteção contra aerosois e os riscos de contaminação, ainda mais difícil se tornou.

Assim, por exemplo, deixou de satisfazer à técnica antisséptica o processo, sem dúvida prático, de controle e recolhimento de roupa suja, em sacos coletores, montados no próprio carro de suprimento de roupa limpa; esta, pelo sistema de troca direta, era retirada em substituição à corresondente suja, depositada.

O manuseio e transporte de roupa solta, não raro, é o responsável pela contaminação das vias respiratórias da enfermeiar, do seu uniforme e do ambiente pelo qual transita. O mesmo com relação aos carros que servem, concomitantemente, ao transporte de roupa limpa e de suja.

Há carros fechados, laváveis e desinfetáveis, especialmente desenhados para o transporte de sacos de roupa suja, como, também, os há para o transporte de roupa limpa. A **"Bucks Enterprises, Inc."** (***-, fabrica carros de roupa, de alumínio, providos de todas as subdivisões necessárias.

Para o problema de seleção, classificação e controle seguro de roupa, sem espraiar aerosois pela lavandaria e rouparia central, apresentam-se duas soluções:

a) **Contagem:** Os sacos de roupa suja, com marcas identificadoras de sua procedência, quer vindos por carros ou por tubos, são reunidos numa mesma sala de recepção, fechada. E' feito o rol do conteúdo de cada saco, lançando-se na coluna correspondente à unidade de procedência as respectivas quantidades e, nas linhas, os tipos de roupa.

Como, pelo sistema de **Cotas,** cada unidade recebe, diàriamente, uma quantidade fixa de roupa limpa, a mesma quantidade, menos a roupa limpa que sobrou e voltou no carro, deve retornar diàriamente á lavandaria. O controle é preciso.

(*) No Hospital-Hospice Corentin-Celton os pacotes são confeccionados sôbre carros-plataformas.

(**) No Hospital São Luiz — Santos, cada quarto recebe seu jogo de roupas por meio de um "gavetão" individual, elevável, a partir do corredor de serviços, localizado sob o da unidade de Enfermagem.

(***) Bucks Enterprises. Inc. Quakerforon — Pensylvania

A sala de recepção deve ser fechada, e bem ventilada; o seu pessoal, treinado; protegido com máscara e luvas; provido de uniforme limpo, diàriamente; submetido a exame médico periódico e imunizado contra doenças mais frequentes. (*)

b) **Pesagem:** Os sacos de roupa suja, devidamente identificados, quanto à natureza de seu conteúdo e quanto a sua unidade de procedência, respectivamente por côres e por inscrições, são esvaziados diretamente nas máquinas de lavar.

Os sacos podem vir à sala de recepção, tanto por carro, como por tubo de queda.

Como o conteúdo do saco não deve ser manipulado, nem na unidade de origem e nem na de recepção, a fim de prevenir disseminação de aerosois, o único meio de controle, nessas circunstâncias, é a pesagem, substituindo a contagem. Para isso, a sala de recepção contaria com uma balança (**).

O pêso de cada saco seria lançado, no rol, na coluna correspondente à unidade de procedência. A côr do saco forneceria indicação da natureza do conteúdo.

O controle por pêso não é novo; hospitais como o **"Christ Hospital"** (23) e o **"New - Wellesley Hospital", Newton Lower Falls, Mass.** (24) adotaram-no há anos.

John H. Gorby (25) elabora todos os seus estudos estatísticos, tomando como unidade o pêso. A pesagem de roupa suja fa-la-á por tipo de roupa, após a classificação diária.

Técnica similar, de primeiro classificar e depois pesar, é adotada no **"Fairfield States Hospital", Newtown, Conn.** (25), cuja lavandaria manipula 60 toneladas de roupa, por semana.

Se o sistema de cotas for o utilizado, o pêso de roupa suja deve conferir com o pêso da roupa limpa remetida, diàriamente, à unidade considerada, subtraindo do pêso da roupa limpa restituida. As cotas estabelecidas, para cada unidade ou departamento, constam do rol de conferência. Qualquer diferença de peso poderá ser investigada no próprio dia, pelo responsável pela roupa do hospital. Êste sistema permite, ainda, tal seja o caso, uma pesagem prévia, no próprio andar da unidade de enfermagem, e quando, em presença, também, do responsável pela recepção, a dispensa da segunda pesagem, na sala de recepção.

O **"Butterworth Hospital",** Grand Rapids, Michigan (27) recorreu a côres convencionais, a fim de poder suprimir a pré-classificação, economizar o tempo que a classificação demandaria, garantir carga completa para cada máquina e prevenir a possibilidade de contágio dos operadores.

Utiliza, para tanto, as seguintes convenções:

Vermelho: isolamento — não pre-classificar. O saco é esvaziado dentro da máquina e lavado conjuntamente.

(As roupas, mesmo as mais contaminadas com sangue e pús, saem livres de bactérias, após o processo normal de lavagem, como já foi sobejamente demonstrado. (28) — (29) — (30).

Faixa prêta: fraldas — (não há necessidade de pre-classificar).

Faixa amarela: roupa de pediatria e berçário — (não há necessidade de pre-classificar).

Faixa verde: panos das salas de operação — (não há necessidade de pre-classificar).

Faixa vermelha: panos da sala de partos — (não há necessidade de pre-classificar).

Azul: Toalhas de mesa e cozinha — (não há necessidade de pre-classificar).

Faixas azul e branco: tapetes — (não há necessidade de pre-classificar).

Branco: roupa em geral — (há necessidade de pre-classificar prèviamente).

Uma vez demonstrada a viabilidade de uso do tubulão, tanto êste, como o carro transportado pelo elevador podem ser, indistintamente, utilizados para a descida da roupa à sala de recepção.

Esta sala, de preferência, é localizada no andar acima da lavandaria, a fim de permitir a descida da roupa por tubo, diretamente dentro da máquina de lavar.

No **Hospital Nossa Senhora do Carmo** (***), a sala de recepção ocupa uma mezanino envidraçado, para mais fácil supervisão e intercomunicações.

Os sacos coletores, agora substituindo os separadores, ou os carrinhos, destinados a receber a roupa classificada, devem ser calculados para comportar um volume igual à capacidade das máquinas de lavar. O mesmo com relação aos sacos fechados, quando a carga é baseada na capacidade, em quilos.

(*) Hospital do Servidor Público Estadual — S. Paulo

(**) Hospital Albert Einstein — São Paulo

(***) Hospital Nossa Senhora do Carmo — São Paulo

CONCLUSÃO

Não é possível pre-determinar o sistema de distribuição e controle de roupa para todos e qualquer hospital, visto que todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens, podendo-se utilizar mais de um para a mesma instituição.

No plano preconizado, procurou-se resolver o problema da distribuição, coleta, seleção, classificação e controle de roupa, tirando o que de bom apresentam as técnicas usadas no **"Harper Hospital", "Christ Hospital", "University Hospitals" de Cleveland** e **Kichener Waterloo Hospital.**

Assim, pràticamente, um pouco de quasi todos os sistemas de controle se encontra incorporado no plano.

Bàsicamente, o sistema de distribuição é o de **cotas;** cotas essas que, em última análise, não passam de **requisições** e que, por serem fixas, precindem do rol.

A contagem, também, é dispensável. O nível da pilha, em uma escala vertical, dá diretamente a quantidade de roupas existentes, em cada divisão do carro-prateleiras.

A repetição diária da mesma remessa, à mesma unidade, acaba por automatizar a carga dos carros e eliminar êrros e enganos.
O mesmo, quando, ao invés de número de peças, forem quilos de roupa.

Para as roupas do centro cirúrgico, obstétrico, berçário, cozinha, refeitório a **Departamentalização** é vantajosa, desde que sujeita à fiscalização, pela pesagem.

O princípio de controle é o de **troca;** no caso de departamentos, os mesmos quilos de roupa suja recebidos são restituidos, em limpa; no caso de unidade de enfermagem e outros serviços, a roupa suja recebida, quer contada, quer pesada, deve corresponder, em quantidade ou pêso, à que é restituida, diàriamente, à unidade de origem (subtraida da roupa limpa, que retorna à rouparia no carro-prateleiras).

Com este sistema de trocas, o controle habitual é de muito simplificado, pois dispensa o rol e a contagem de roupa: ao sair da unidade, quando torna à unidade, quando é recebida na recepção e quando dá entrada na rouparia central.

A contagem feita, durante a classificação, pouco acresce o trabalho de seleção; a pesagem simplifica-o ainda mais.

Nas unidades de enfermagem, a ida do carro-prateleiras de porta em porta, permite à enfermeira retirar a roupa necessária a cada quarto, tal como no **sistema posto-quarto.**

Qualquer que seja o sistema de fiscalização usado, é altamente aconselhável a centralização do controle da roupa nas mãos de um único responsável, geralmente o encarregado da lavandaria ou da rouparia central.

Tôda a roupa deve ser convenientemente marcada e, no mínimo, com o nome do hospital e a data que foi posta em circulação.

O levantamento de tôda a roupa do hospital deve ser feito em intervalos mensais, trimestrais, semestrais ou anuais, conforme as necessidades. Sem esse inventário, nenhum sistema é efetivo.

Falta, ainda, abordar o método de coleta, dentro da unidade.

Êste se inspirou no do "Kitchener — Waterloo Hospital", Kitchner-Ontario ,31).

Tôdas as camas, desse hospital, foram dotadas de um aro, de 45 cm. de diâmetro, escamoteável sob a cama, suspenso ao estrado, servindo de suporte a um saco para uso individual. A roupa suja do paciente é posta nêsse receptáculo. No berçario, um saco idêntico, sob cada berço, coleta as fraldas.

Os sacos cheios são levados, pela enfermeira, à rouparia do andar, onde são depositados em dois outros sacos coletores, grandes, presos a aros solidários ao próprio carro de roupa limpa.

O hospital não dispõe de tubo de queda.

Em vista do grande número de sacos requeridos por êste sistema (não obstante a excelência da solução), as repetidas caminhadas a que a enfermeira é obrigada e a prática condenada de trazer roupa suja para junto da roupa limpa, se bem que, neste caso esteja protegida, melhor seria (por medida de economia) adotar a mesma técnica de ensacar no próprio quarto do paciente, só que, ao invés de em sacos pequenos individuais, em um grande coletivo, fechável, sobre rodas, que possa ser levado de quarto em quarto.

Uma vez o saco cheio, êste seria fechado e descido pelo tubo de queda ou pelo carro porta-sacos.

A indústria americana fabrica carros porta-sacos fechados, higiênicos e laváveis.

A **Wocher's** lançou o "hamper" modelo **"Webb"**, de 4 rodas. Tem a particularidade de ter tampa de aço inoxidável, acionável por pedal.

O saco é do tipo convencional, mas permite o transporte sem disseminar aerosois.

Uma alternativa é a substituição do saco sôbre rodas por carro porta-sacos com tampa; a destinação de cada saco para um definido tipo de roupa, permitiria ainda a classificação, no momento da coleta.

Em quartos com pacientes sujeitos a frequentes trocas de roupa, o saco-coletor individual sem dúvida é a melhor solução.

(Continua)

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

(1) Studies in the Function of Design of Hospital, pg. 71.
(2) Hospital integrated Design, pg. 169.
(3) H. C. Vines — Background to Hospital Planning, pg. 55.
(4) Ronald Ward — The Design and Equipment of Hospitals, pg. 317.
(5) U.S. Public Health Service-Design and Construction of General Hospitals, pg. 116.
(6) Manual, Laws and Regulations, U.S. Public Health Service, pg. 20.
(7) Charles Butler e Addison Erdman — Hospital Planning, pg. 194.
(8) Paul Vogler e Gustav Hassenpflug — Handbuch Fürden Neuen Krankenhausbau, pg. 251.
(9) Guy Aldis Hospital Planning Requirements, pg. 133.
(10) Marion J. Wright — The Improvement of Patient, pg. 105.
(11) Malcolm T. Mac Eachern — Hospital Organization and Management, pg. 805.
(12) J. E. Stone — Hospital Organization and Management, pg. 1210.
(13) American Hospital Association — Hospital Laundry, pg. 159.
(14) Time-Saver Standards, pg. 290.
(15) A Guide to Hospital Building in Ontario, pg. 221.
(16) Bouwcentrum Rotterdam Ziekenhuigen Hospitals — A5 - 1.21, pg. 10.
(17) Isadore Rosenfield — Hospital Integrated Design, pg. 63.
(18) Carl Walter — Southern Conference on Hospital Planning, pg. 27.
(19) S. S. Goldwater — On Hospitals, pg. 259.
(20) Environment Sepsis — The Modern Hospital — Dez.º/58, pg. 69.
(21) The Improvement of Patient Care — Marion J. Wright — pag. 68, 108.
(22) Cheking Financial Leaks in the Hospital Laundry — The Hospital in Modern Society, pg. 640.
(23) The Hospital in Modern Society — pag. 643
(24) The Modern Hospital — Dezembro 1958, pag. 120
(25) Diretor de Pesquisa do U. S. PublicHealth Service — Hosp. Topics — Abril de 1958, pag. 37.
(26) State Hospital Laundries are big Business — Richard Sperling — The Modern Hospital — Março de 1957, pag. 132
(27) Don't Issue Staph when you collet linen — Emily C. Denning — The Modern Hospital — Agosto-1958, pag. 110.
(28) Contamined Linen in the General Laundry — The Hospital — Dez. 41.
(29) The Sanitary Aspects of Professional Laundering — American Institute of Laundering — Service Bulletin n.º 53.
(30) Hospital Laundry — Manual of Operation — American Hospital Asociation.
(31) The Canadian Hospital, julho de 1959

TERAPÊUTICA DE HOJE

"HOSPITAL DE HOJE" desejando cooperar com a Industria Farmacêutica quando do lançamento de produtos novos em Hospitais, criou a secção **Terapêutica de Hoje.**

Com esta secção, Hospital de Hoje visa beneficiar os Hospitais levando ao seu conhecimento a divulgação de medicamentos recém lançados.

Colocamos, portanto, à disposição das firmas produtoras esta secção de caráter informativo, bastando o envio, pelos interessados, dos dados necessários para sua publicação.

Hospital de Hoje — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - cj. 64
A/C Dr. Carlos Lannes

NEO - LARYNGOBIS

FORMULA — Cada supositório contém:
Adultos: Dipropil Acetato de Bismuto-0,069 mg, Stegalgina (fenil-dimetil-pirazolona metil amino metansulfonato de sódio) — 0,200 mg.
Crianças: Dipropil Acetato de Bismuto — 0,0345 mg, Stegalgina (fenil-dimetil-pirazolona metil amino metansulfonato de sódio — 0,1500 mg.

POSOLOGIA — Crianças de 6 meses a 3 anos: 1/2 supositório infantil, uma só vez.
De 3 a 6 anos: 1/2 supositório infantil, podendo a dose ser repetida 24 horas depois.
De 6 a 12 anos: 1 supositório infantil cada 24 horas.
Adultos: 1 supositório adulto cada 24 horas.

INDICAÇÕES — Amigdalites agudas inespecíficas
Pré e pós operatório das amigdalectomias.
★ Na amigdalectomia: 1 hora antes da operação e 2 a 4 vêzes após a intervenção cirúrgica, administrar 1 supositório (infantil ou adulto), conforme a idade do paciente.

APRESENTAÇÃO — Adulto e infantil: Caixa com 2 supositórios.
LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

PEREBRON

FORMULA — Drágeas: Citrato de oxolamina (citrato de 5 — (2-dietilaminoetil) 3-fenil 1-2-3-4-oxadiazole, equivalentes a 100 mg de oxolamina base.
Medicação anti tussígena, antiespasmódica, e antinflamatória das vias respiratórias.

XAROPE — Fosfato de oxolamina (fosfato de 5 — (2-dietilaminoetil) 3-fenil 1-2-3-4-oxadiazole equivalente a 1 g de oxolamina base.
Medicação anti tussígena, antiespasmódica, antipirética e antinflamatória das vias respiratórias.

POSOLOGIA — Drágeas: 1 drágea 3 a 4 vêzes ao dia. Crianças: metade da dose do adulto.

XAROPE — 2 colheres de chá 3 a 4 vêzes ao dia. Crianças acima de 2 anos: 1/4 da dose do adulto.

INDICAÇÕES — Tôdas as afecções agudas ou crônicas do trato respiratório tais como laringotraqueobronquite, asma, tosse pós operatória.

APRESENTAÇÃO — Drágeas com 178 mg da substância básica, em vidros de 25.

XAROPE — Vidros com 100 cm3.
LABORATÓRIOS WARNER S. A.

ASMOTERAL-LP*

COMPOSIÇÃO — Cada comprimido contém:

NA CAMADA EXTERNA: Hidrogeno, sulfato de alfa alfa, gama difenil Dimetilamino valeramida (centrine) 0,10 mg; Dihidrogeno citrato de feniltoloxamina-10 mg; Cloridrato de efedrina-15 mg; Secobarbital-10 mg.

NÚCLEO: Hidrogeno sulfato de alfa alfa difenil gama dimetilamino valeramida (centrine)-0,20 mg; Dihidrogeno citrato de feniltoloxamina-15 mg; Cloridrato de efedrina-10mg; Secobarbital-10 mg.

POSOLOGIA — Adultos: 1 a 2 comprimidos 3 vezes ao dia, ou aproximadamente cada 8 horas. Crianças: 1/2 a 1 comprimido 3 vezes ao dia, ou aproximadamente cada 8 horas.

INDICAÇÕES — Tratamento sintomático da asma essencial, prevenção dos acessos.
Bronquites crônicas asmatiformes

APRESENTAÇÃO — Frasco com 20 comprimidos.
(* Liberação prolongada)
LABORTERAPICA BRISTOL S.A.

CONDIÇÃO IDEAL

PARA HOSPITAL MODERNO

A importância do contrôle das condições atmosféricas no tratamento e na profilaxia médica, não constitui novidade.

Cada modalidade de intervenção cirúrgica indica não só as maneiras de efetuá-la, como também tôdas as cautelas profiláticas que a devem anteceder. Entre elas incluem-se especificações quanto às condições atmosféricas que devem prevalecer.

O mesmo se dá quanto a testes de laboratório, berçários, etc.

Estas condições são obtidas através de condicionadores de ar especiais que permitem a manutenção de níveis certos de umidade e temperatura, além de promoverem a assepsia necessária.

Mas não é apenas nestes casos que o contrôle atmosférico se faz necessário. Em tôdas as dependências do hospital moderno se faz necessária a instalação de condicionadores de ar. Com esta medida desaparecem os choques de temperatura entre um e outro ambiente, aumenta o bem-estar de todos, médicos, enfermeiros e pacientes. Promove-se a esterilização atmosférica, aumentando a segurança dos tratamentos levados a efeito.

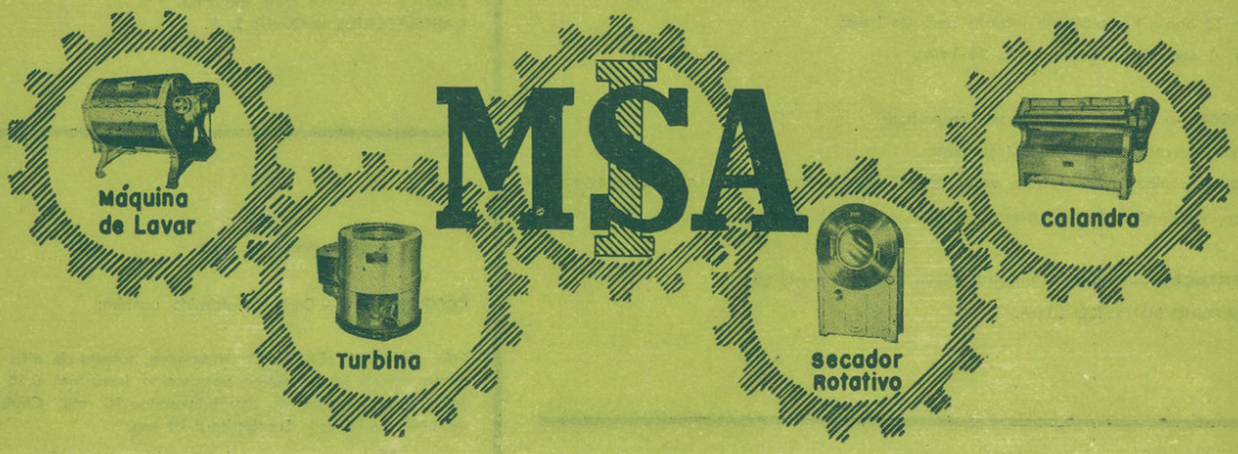
Sistema CEBEC é a mais moderna condição para cura. Especializada em condicionadores para fins especiais, é um nome tradicional para os hospitais modernos.

CEBEC S. A. Engenharia e Indústria

Rua Augusta, 1.117 - 1.º, 2.º e 3.º andares

Telefones: 33-6314 e 37-3436 — São Paulo

SOLUÇÃO FACIL... DOS PROBLEMAS DIFÍCEIS...



com as nossas máquinas para lavanderias

a serviço da HIGIENE HOSPITALAR...

MÁQUINAS SANTO ANDRÉ

ISSHIKI & CIA.

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

FILIAL: R. Evaristo Veiga, 35 — Sala 1304 Fone 22-6178 — Rio de Janeiro

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

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

"A IMPORTANCIA DE BONS SISTEMAS DE APURAÇÃO DE CUSTOS NO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR"

IMPORTANCE OF COST FINDING IN FINANCING HOSPITAL CARE

JOSÉ SADY NETTO (1)
ARNALDO LEITE BARBOSA (2)
ENID B. SADY (3)

I — PARTE

O problema do financiamento hospitalar está intimamente ligado com os custos do serviços hospitalares.

Na época atual estudos dos custos nos hospitais assumem papel relevante, em face do encarecimento assustador por que vem passando a assistência hospitalar, em decorrência principalmente do progresso vertiginoso alcançado pela ciência médica, nêstes últimos 25 anos.

Os custos atuais e os futuros, segundo previsões dos estudiosos de Administração hospitalar, se elevam tão aceleradamente de mode a deixar apreensivos todos aqueles que se interessam pelo problema hospitalar, não só em nosso país, como no mundo inteiro.

O reflexo. no custo dos hospitais, do progresso da medicina é imediato e muito mais sério do que o próprio aumento do custo de vida, resultante da inflação.

Nestas condições, não se poderia, mesmo, tratar do problema do financiamento de hospitais, sem considerar o problema dos custos em todos os seus aspectos de apuração, análise e controle.

A Mesa Administrativa e o Administrador estarão agindo no escuro se não dispuzerem de registros satisfatórios de custos, para análise corrente.

Esses estudos são importantes para as Administrações dos hospitais porque:

1.º Há necessidade de esclarecimento ao público e ao governo quanto às razões dessa elevação acentuada do custo da assistência hospitalar.

2.º) Nenhum administrador poderá pensar em administrar os hospitais de hoje sem que tenha por base as normas modernas, de administração de negócios, nas quais representam papel preponderante os sistemas modernos de contabilidade e de apuração de custos.

Analisaremos, ràpidamente, êstes dois aspectos do problema para deixar clara a assertiva contida no título de nosso trabalho.

---

(1) Administrador da Santa Casa de Santos.

(2) Assessor encarregado da Apuração de Custos na Santa Casa de Santos.

(3) Encarregado da Secção de Apuração de Custos da Santa Casa de Santos.

1.º) Necessidade de esclarecimento do público e dos govêrnos:

Em face da elevação dos custos dos hospitais, seus dirigentes são obrigados a aumentar, constantemente, as taxas cobradas aos pacientes pagantes atendidos por êsses hospitais, com o objetivo de conseguir parte dos recursos utilizados na manutenção dos indigentes.

Além disso, solicitam, cada vez mais, aos govêrnos e ao público, diretamente, através de Campanhas de levantamento de fundos, ajuda para a manutenção dos hospitais.

Concluimos, pois, que êsses hospitais, tipo Santa Casa, que são a coluna mestra da assistência hospitalar no país, a cargo dos quais está a maioria dos leitos hospitalares existentes em território nacional, segundo estudos realizados, são instituições, que pertencem às comunidades; são construidos e mantidos, de um modo geral, com o dinheiro do povo, conseguido ou através de solicitações diretas ou de subvenções, que lhes são concedidas pelos govêrnos; subvenção estas que, em última análise, são dinheiro do povo, recolhido através de impostos e taxas.

Assim, os dirigentes dos hospitais precisam responder às perguntas, formuladas constantemente e cada vez com mais frequência no futuro, não só porque o hospital tende a encarecer cada vez mais, como já dissemos, como, também, porque o povo, cada vez mais, prefere tratar-se nos hospitais ou por sua própria deliberação, á medida que se eleva o nível educacional de nossa gente, ou porque os médicos preferem cada vez mais tratar de seus doentes, nos hospitais, para aproveitar as facilidades de diagnósticos e tratamento e, ainda, pela confiança numa assistência contínua aos pacientes por uma enfermagem competente.

Os déficits de nossas Santas Casas são assustadores. Entretanto, se analisarmos a situação da maioria dêsses hospitais, verificaremos que esses déficits ainda não refletem a realidade, porque a maioria dessas instituições se encontra em estado precário, longe de poder prestar ao paciente a assistência que o progresso da ciência médica tornou possível. Assim, muitas coisas precisam, ainda, êsses hospitais para se aparelharem razoàvelmente, quer quanto a equipamentos, material e instalações, quer quanto a pessoal, numérica e qualitativamente capaz.

Dêsse modo, muito dinheiro precisará ser canalizado para essas instituições e os seus dirigentes terão que esclarecer ao público e govêrno o porquê de inverter-se tanto dinheiro nos hospitais e não em outras necessidades da comunidade.

Não vemos como os dirigentes dessas intituições possam responder a essas perguntas, sem que os seus hospitais possuam bons sistemas de custos, que permitam não apenas a resposta àquelas perguntas, mas, principalmente, o esclarecimento dos próprios dirigentes dos hospitais sôbre a natureza das instituições, que dirigem e os aspectos especiais da sua organização e funcionamento, que dificultam até certo ponto a utilização dos métodos modernos de administração, aplicados com sucesso na indústria.

Qualquer medida, que se adote nos hospitais, para reduzir os seus custos, terá que ser feita, sempre, levando-se em consideração as consequências que a mesma possa trazer ao cuidado dos pacientes e aos grupos sociais, que fazem funcionar a máquina hospitalar, isto é, os médicos, a enfermagem, os técnicos e os grupos não profissionais.

Quando analisarmos, mais adiante, os fatores, que interferem no encarecimento da assistência hospitalar, veremos quão complexa é a tarefa de conduzir a máquina hospitalar, em face de suas peculiaridades.

Todavia, a Administração das Santas Casas, é guardiã do dinheiro público. Tem uma responsabilidade moral muito grande perante a comunidade, à qual precisa mostrar que está fazendo o máximo, com o mínimo de gastos, com o pessoal e o equipamento, utilizados pelo Hospital.

E como fazer isto honestamente, sem que conheça com segurança os seus custos, sem que possa fazer uma análise comparativa, entre os custos de seu hospital e outros similares, sem que esteja segura de que tudo foi feito, nos diversos departamentos — que constituem o hospital — para reduzir os custos naquilo que dependa da administração, porque a elevação dos custos da assistência hospitalar, na sua maior parte, independe da ação da administração. Até certo ponto, nada se poderá fazer para detê-los.

2.º Aspecto: **Necessidade de bom sistemas de custo para se poder administrar**

Um bom sistema de apuração de custos constitui instrumento indispensável, ao administrador, no desenvolvimento dos métodos de administração, no estabelecimento de padrões de produção, pelos quais poderá avaliar a economia e a eficiência.

Já vai longe o dia em que o hospital podia sobreviver com métodos arcaicos de administração e contabilidade, simplesmente porque era uma instituição filantrópica ou porque era uma instituição de bem estar social. Hoje, com a complexidade da máquina hospitalar, com o encarecimento assustador dos custos dos serviços, sòmente com modernos processos de técnica contábil e com a aplicação de práticas sadias de finanças e de negócios é que se poderá ter uma administração hospitalar, com sucesso.

Qualquer que seja o tamanho ou tipo do hospital, o princípio da contabilidade e de bons sistemas de custos são os mesmos: **reunir informações e informar a administração sôbre os aspectos financeiros da instituição, em qualquer época, bem como os resultados de seu funcionamento, em determinado período.**

Poderíamos acrescentar, detalhando um pouco, que, através de um bom sistema de apuração de custos, a administração pode:

a) preparar um bom orçamento;

b) determinar os custos de rotina e os especiais;

c) fazer estudos estatísticos;

d) formular e desenvolver a política financeira da instituição;

e) elaborar programa de trabalho, que permita prestar a melhor assistência possível ao paciente, com os menores gastos.

Sòmente através do registro de custos e de sua análise é que se poderá saber se:

a) o hospital está operando em bases econômicas e eficientes;

b) se o déficit é inevitável;

Resumindo, poderíamos dizer que, através de bons sistemas de custos, poderiamos ter:

a) melhor administração hospitalar;

b) uma estrutura mais real para as taxas cobradas dos pacientes

c) uma estrutura financeira mais sólida

d) melhores relações públicas

e) melhor serviço

f) finalmente, uma compreensão mais profunda dos problemas dos hospitais, com benefícios maiores para o hospital e a comunidade a que serve.

Para perfeito esclarecimento dêsses dois importantes aspectos, que emprestam especial ênfase ao estudo dos custos nos hospitais, procuramos tecer algumas considerações, em tôrno dos seguintes problemas, relacionados com o custo e o financiamento dos hospitais.

a) Por que a assistência hospitalar é cara e tende a encarecer cada vez mais para o futuro?

b) até que ponto as administrações dos Hospitais poderão influir na redução ou, pelo menos, na contenção do custo da assistência hospitalar?

c) a importância da comparação dos custos entre os Hospitais.

d) descrição do processo de apuração dos custos, adotado pela Santa Casa de Santos.

Se a discussão dêste itens contribuir, de algum modo, para despertar a atenção dos responsáveis pelos nossos hospitais para a importância do estudo dos custos, nessas instituições, nosso trabalho terá atingido sua finalidade.

Passemos, então, à análise do 1.º item:

a) **POR QUE A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR É CARA E TENDE A ENCARECER CADA VEZ MAIS PARA O FUTURO?**

Preliminarmente, queremos pedir desculpas se nos demorarmos um pouco mais, repisando, enumerando fatores históricos, atuais ou futuros, que determinam a elevação do custo da assistência hospitalar mas, se o fazemos, é por considerar de suma importância essa análise para que se compreenda que, se o hospital vai custando mais caro, por outro lado, a humanidade vai recebendo, dêle, benefícios, representados por vida mais longa e mais feliz.

Se analisarmos um pouco da história dos hospitais, nêstes últimos tempos, verificaremos que a ciência médica progrediu, nêstes últimos 25 anos, como em nenhum período anterior. Equipamentos caríssimos apareceram, e continuam aparecendo, com a consequente exigência de pessoal, altamente especializado, para lidar com êles. Além disso, os hospitais, de hoje, não podem ser comparados com os de 30 anos atrás, em que a assistência hospitalar se caracterizava como "ato de caridade" e apenas esboçava a aplicação das atividades técnicas e científicas de hoje. Antigamente, sempre que era possível, as pessoas preferiam ser tratadas em suas residências. Sòmente os miseráveis indigentes e aqueles casos desesperados eram levados para os hospitais. A sulfa e a penicilina não eram pràticamente conhecidas, até 1938. Outras drogas milagrosas foram descobertas, nêstes últimos 40 anos. Também, nêstes últimos anos, é que o cobalto passou a ser aplicado no tratamento do câncer. Verificou-se, também, tremendo avanço, na prática da radiologia.

Com essa evolução do hospital, a análise do seu funcionamento, no passado e no presente, revela-nos fatos os mais diversos, que interferem na elevação do seu custo. Assim, por exemplo, na maioria dos hospitais, antigamente, e isto continua a acontecer até hoje em muitos hospitais, sòmente pacientes de primeira classe tinham direito a manteiga, no café e nas refeições. No que se refere ao preparo do pessoal de enfermagem, também, antigamente, as alunas trabalhavam e, hoje, de acôrdo com a moderna orientação do ensino, elas são mais observadoras.

Enfim, pode-se enumerar uma série de fatores, que nos mostram, com clareza, o por quê dêsse aumento assustador da despesa hospitalar moderna. Todos os estudos, realizados no sentido de demonstrar as causas dêsse encarecimento, levam-nos à conclusão de que êle decorre do vertiginoso desenvolvimento da ciência médica, que se tornou possível através de pesquisas que, por sua vez, têm ocasionado, sem dúvida, grande desenvolvimento do índice de saúde da comunidade.

Êste é um fenomeno universal. Infelizmente, no Brasil, não temos estatísticas para fazermos uma comparação dos custos atuais dos hospitais com os de anos atrás, mas acreditamos que a estatística, apresentada pelos norte-americanos, sirva, perfeitamente, para nos dar a idéia do problema, pois o fenômeno, como dissemos, é universal. Em todos os países, nota-se este acelerado aumento da despesa dos hospitais, o que preocupa, sèriamente, aqueles que se dedicam ao estudo da administração hospitalar.

Vejamos algumas estatísticas norte-americanas:

Inquéritos diversos, realizados naquele país por técnicos hospitalares, revelam que:

1 — Há 22 anos atrás, as despesas com serviços profissionais (médico e de enfermagem) representavam 1/3 da despesa geral do hospital e, hoje, êsses serviços representam 60% da despesa geral.

2 — Há 10 anos atrás, a média de empregados, por leito, naquele país, era de 2,1 e, hoje, ela se apresenta na ordem de 2,8.

3 — A folha de pagamento, há 15 anos atrás, representava cêrca de 50 a 60% da despesa geral do hospital e, hoje, em mais de uma centena de hospitais estudados, ela representa 70% da despesa total, sendo que, em cinco hospitais, chega a atingir a 80%.

4 — Um estudo recente revelou que, em 11 anos, o custo total da assistência hospitalar cresceu de 161,5%, tendo-se notado que os setores médicos e de enfermagem foram os que mais contribuiram para essa elevação, encontrando-se um aumento de .... 283%, na área profissional e serviços técnicos, e de 259%, na área de enfermagem. Na área considerada de atividades, tipo hotel, verificou-se um aumento de apenas 30%. Isto nos leva à conclusão de que a automação que, na indústria, tem sido responsável pelo grande aumento da produtividade, tem sido aproveitada no hospital mas, tanto quanto possível, circunscrita a esta última área, porque a aplicação da máquina, no hospital, não pode ser feita com tanta amplitude como na indústria, principalmente naquelas áreas em que se notou maior aumento — a área profissional e de enfermagem.

Vamos resumir, aqui, vários fatores, repetindo alguns, que já apontamos, mas com maiores detalhes, que influem ou virão a influir, num futuro próximo, para que a despesa dos hospitais continue sua ascensão quase incontrolável.

1 — Como dissemos há pouco, não se pode aplicar, no hospital, em certas áreas, como se faz na indústria, os mesmos métodos de administração. Vejamos, por exemplo, o que ocorre com o Centro Cirúrgico, que é um departamento bastante dispendioso e um fator de desperdício, contra o que nada se pode fazer. Os cirurgiões operam entre 7 e 13 horas, porque, à tarde e,stão nos seus consultórios. Além disso, em certos meses do ano, como nos meses de festas, o número de operações é bem reduzido. Se imaginarmos que uma sala de operações, que está a disposição, com todo o seu instrumental e equipamentos caríssimos, além de sua construção especializadíssima, e ainda a equipe de pessoal especializado, durante 168 horas, por semana, e é usada, apenas 40 horas, veremos que a utilização do Centro Cirúrgico é da ordem apenas de 26%. Êste é um fator importante de encarecimento, que não aconteceria na indústria, mas, o hospital, com suas peculiariedades, tem de suportar. E' o caso do Corpo de Bombeiros, que é muito menos usado que o Centro Cirúrgico de um hospital, e ningém reclama, pelo fato de se manter tôda aquela dspendiosa organização e o usarmos pouco.

2 — Como já salientamos, o progresso da medicina acarreta um aumento acelerado do número e complexidade de técnicas, usadas pelo hospital, que necessitam de maior número de equipamentos modernos e caríssimos e pessoal para os manejar, pessoal altamente especializado e, portanto, bem remunerado. Além disso, êsse progresso exige, a tôda hora, reforma dos hospitais para adaptação ou ampliação de áreas existentes, ou, em hospitais novos, mais espaços para esses equipamentos e novas secções, que surgem. Além diso, equipamentos ou aparelhos récem-adquiridos, pelo hospital, tornam-se obsoletos, de um momento para outro, exigindo a sua substituição, o mesmo acontecendo com a planta física do hospital. Que êsses melhoramentos representam benefícios incalculáveis para a comunidade, ninguém pode discutir. Mas, sem dúvida, isto representa, e continuará representando, maior despesa para o hospital, que terá de contar com fundos, para frequentes substituições de equipamentos e reformas.

3 — Não é de ninguém desconhecido o movimento, característico de nossa época, para reivindicações, pelos empregados de hospitais, de melhor remuneração, aliás, justíssimas, e outras vantagens, inclusive diminuição de horas de trabalho. Outro fator, importantíssimo, no encarecimento do custo de assistência hospitalar.

4 — Programa de educação e treinamento para enfermagem. No passado, quando as técnicas eram menos complexas e os deveres dos vários grupos profissionais e não profissionais eram mais simples, não havia necessidade, como hoje, de se dar tanta ênfase ao problema de formação e de treinamento permanente dos empregados dos hospitais.

5 — A elevação do nível educacional, dos servidores dos hospitais, implicará, sem dúvida, em melhores salários. Êstes podem ser, sem dúvida, objetivos desejáveis mas, inevitàvelmente, acarretarão maiores despesas ao hospital.

6 — O hospital vem se tornando, mais e mais, o centro das atividades de saúde da comunidade. A experiência nos mostra que é de grande interesse, para a comunidade, que a assistência domiciliar promovida pelos hospitais, a reabilitação, os postos de puericultura nos hospitais, os centros de saúde, etc., sejam centralizados no hospital.

7 — Crescimento das atividades de ambulatório. A necessidade, por falta de leitos, de se desenvolver as atividades dos ambulatórios, dotando-os de maiores facilidades de diagnósticos e tratamento, com equipamento mais complexo e maior número de pessoal, médicos em tempo integral, etc.

8 — Com o aumento da duração da vida, aumenta o número de pessoas de idade, que procuram os hospitais. Também, os idosos, como os pacientes jovens, exigirão, cada vez mais, técnicas mais complexas e maior atenção da enfermagem, não apenas por causa de sua idade, mas, também, pela natureza de suas moléstias. A cauda de morte n.º 1 — moléstias cardiovasculares — exige, para seu tratamento, uma bateria completa de equipamento técnico, laboratório, observação e cuidado, cada vez mais intensivo, de enfermagem e, num futuro próximo, pode requerer atividade do cirurgião de coração. A moléstia causadora de morte n º 2 — câncer — é combatida, principalmente, com a ampliação da cirurgia e exames de laboratório, pré e post-operatório, ou por longa série de radioterapia ou, ainda, por outros tratamentos modernos, complexos e caríssimos. Dessa forma, quanto mais pessoas idosas nos hospitais, maior será o seu custo.

E' através dos custos, bem apurados, que o Administrador, alerta, procurará lutar contra essa tendência de elevação dos custos das despesas hospitalares.

E' comum ouvir-se críticas às administrações hospitalares, pelo seu alto custo, e que o hospital não é bem dirigido.

Naturalmente sempre haverá oportunidade para aperfeiçoamento das técnicas administrativas, mas, aqueles familiarizados com a vida hospitalar só poderão sentir admiração pela economia conseguida em muitas instituições. Essa acusação, de ineficiência, resulta da ignorância dos fatos. Os hospitais precisam manter suas despesas, dentro da receita, com que contam. Essas receitas, como se sabe, são inadequadas. A administração não tem outros recursos senão economisar rìgidamente. Como resultado, alguns serviços sofrem e não funcionam ao gôsto de muitos, que, erroneamente, acusam a administração de ineficiente.

Não há duvida, que nossos hospitais poderiam ser dirigidos mais eficientemente, mesmo, se contassem com maiores recursos. Não é, porém, sòmente a maior eficiência que conseguirá reter a ascensão do custo da assistência hospitalar.

Certamente os princípios de autonação podem ser aplicados em certas áreas. Entretanto, os hospitais são essencialmente organizações, que se baseiam na mão de obra. Aproximadamente, 55% das despesas hospitalares são representadas por salários, comparados sòmente com metade dessa porcentagem, nas indústrias. Hospitais lidam com pessoas, e sòmente com pessoas, não máquinas, é que se pode executar o serviço hospitalar. É claro que, sempre que aparece uma oportunidade de se economizar mão de obra, usando-se a máquina, o administrador, alerta, rirará imediatamente vantagem disso. Entretanto, infelizmente, as oportunidades, para o uso de máquinas no campo hospitalar, não são muito grandes.

ATÉ QUE PONTO OS ADMINISTRADORES DOS HOSPITAIS PODERÃO INFLUIR NA REDUÇÃO, OU PELO MENOS, CONTENÇÃO, DO CUSTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR?

Conhecida a realidade de nossos hospitais, há necessidade de se pensar num sistema de controlar os custos, naquilo que êles sejam controláveis porque, como já vimos, nas considerações anteriores, os custos dos serviços hospitalares, até certo ponto, apenas, poderão ser controlados pelas suas administrações. A sua espiral não depende, pode-se dizer, das suas administrações. Entretanto, através de bons sistemas de apuração e análise de custos, poderemos fazer algo nêsse sentido, embora não represente grande coisa na sua ascensão constante.

Cabe-nos, portanto, apresentar algumas sugestões para a contenção desses custos e mostrar como, através da análise de custos, o administrador poderá, até certo ponto, controlá-los.

Uma das formas de se reduzir o custo é aumentar a produtividade, através de um eficiente programa de treinamento, não apenas para o pessoal profissional, mas para todo o pessoal do hospital.

Outra medida, de grande importância, é introdução, em nossos hospitais, da prática sistemática e intensiva da simplificação do trabalho. À simplificação do trabalho resultará em maior produtividade e menor número de empregados e já vimos quanto representa, no orçamento hospitalar, a folha de pagamento. Outras medidas poderiam ser sugeridas, aqui, como a integração de sua economia, através da produção de seus próprios medicamentos, manutenção de sua tipografia, de sua granja e chácara etc. Tôdas estas medidas são importantíssimas, mas, é através de um bom controle de custos que se poderá avaliar, em cada Departamento do Hospital, os fatores que influem nos gastos. Instruir empregados, quanto ao custo dos serviços hospitalares, é outra forma de contribuir, grandemente, para a sua redução, porque o empregado, ciente de quanto custa o seu trabalho e o material que usa, procurará tirar o máximo rendimento de cada cruzeiro que dispender.

O estudo do custo **na lavanderia,** por exemplo, poderá levar-nos à economia, corrigindo defeitos nas fórmulas e ciclos de lavagem, para os diversos tipos de roupas. Também, quanto ao sabão usado, um estudo do custo pode levar-nos a descobrir fontes de desperdicio. A substituição de roupa é um outro item de custo direto, que exige um estudo cuidadoso da quantidade de roupa em circulação. Quem administra hospitais sabe quanto se inverte, anualmente, em aquisição de tecidos. É uma boa prática, também, marcar a roupa de cada secção, para se ter idéia na análise de possíveis gastos excessivos. Outro ponto, também, é a manutenção preventiva, que, se não feita com eficiência, levará a grandes prejuizos. Máquinas paradas, por falta de manutenção, causam grandes prejuizos. Talvez fosse interessante a estocagem de peças sobressalentes para substituição, imediata, quando necessário. As calandras podem causar um "gargalo" no fluxo do trabalho da lavanderia e assim, constituir outra fonte de aumento de custos. Também, a realização de testes periódicos, quanto á limpeza cheiro e controle de perda de resistência da roupa, por institutos especializados, bem como o controle da duração da roupa pela marcação da data de sua confecção. Enfim, uma série de fatores, que podem interferir nos custos da lavanderia, e sôbre os quais uma análise de custos pode alterar a administração. Avalia-se, geralmente, o custo da lavanderia por quilo de roupa lavada. Um outro excelente metodo de comparação de custos para a lavanderia é a porcentagem da despesa da lavanderia, em relação à despesa total do hospital, ou a comparação do custo da lavanderia com o custo de lavanderias comerciais.

No departamento de compras, a análise de custos pode levar o

Administrador a verificar, também, fonte de disperdício e adotar medidas, que venham trazer economia para o hospital. Por exemplo, todo sistema de compras deve ser baseado num inventário, anual, completo, que nos indicará: a) uma estimativa das quantidades e tipos de materiais, periódicamente, necessários; b) materiais, que estão sendo superestocados ou subestocados; c) a viabilidade de se comprar certos itens, menos frequentemente, mas em grande quantidade, para ganhar em descontos e custos de transportes e, ainda, talvez, taxas extras por expedição; d) um estudo acurado de estoques máximos e mínimos, para evitar faltas inesperadas de certos materiais, cujas consequências irão aumentar o custo de outros departamentos, além de prejuizos aos pacientes. Outro meio de se conseguir economia num sistema de compras é o estudo do plano de compras. Há inúmeros aspctos envolvidos, num simples sistema de ordem de compras, que podem economizar dinheiro e tempo para o hospital. Um sistema seguro de controle das contas a pagar, comparando-se os pedidos com as faturas, para se identificar, além da correção e descrição dos materiais, descontos para pagamentos à vista, descontos outros concedidos. Todos os descontos concedidos devem figurar nos pedidos para que dêles o hospital possa tirar o máximo de vantagens.

Nas atividades do **serviço de limpeza**, também, uma boa análise de custos pode levar a administração a descobrir fontes de prejuizos. Por exemplo, uma escala bem estudada das tarefas de limpeza, tais como lavagem de janelas e paredes, durante as épocas de menor ocupação do hospital, é um meio de se aproveitar o tempo do pessoal de limpeza. No departamento de limpeza, a medida do custo não é tão fácil como em outros departamentos, como lavanderia ou cozinha ou outro departamento qualquer , porque os produtos acabados são menos tangíveis e porque fatores afetam êsse serviço. Pode-se pensar em medir o custo, por leito ocupado. Entretanto, essa medida é grandemente influenciada por certas variações, como rotatividade na ocupação dos leitos ou, ainda, leitos contaminados, em cujos quartos há necessidade de se empregar técnicas especiais. Uma medida, em que se poderia pensar para economia no departamento de limpeza, é debitar a êsse departamento, além do material própriamente por êle usado para a limpeza do hospital, também o material de toalete dos pacientes, papeis, toalhas, papeis higiênicos, desodorantes e sabão para lavatórios, que, embora não sendo pròpriamente itens usados pelo departamento de limpeza, servirão para fixar a responsabilidade pela sua distribuição e consumo. Na área de material de limpeza, muita coisa pode ser feita para diminuir o custo e simplificar o trabalho de limpeza, através de uma seleção cuidadosa dos materiais existentes no mercado. Como no caso dos representantes de laboratório, na farmácia, o chefe do departamento de limpeza deve estar em contacto permanente com os vendedores de produtos de limpeza para, através de um estudo com base nas informações obtidas nessas fontes, saber qual o melhor material para uso em determinado serviço e como usá-lo.

No setor de **enfermagem**, também o sistema de apuração e análise de custos pode levar á economia. O controle dos custos, nos departamentos de enfermagem, deve visar o pessoal utilizado (fôrça de trabalho) que, como já vimos, representa a maior despesa no hospital. A primeira coisa, para se conseguir algo na redução de custos, é a escolha do chefe de departamento de enfermagem, em cuja lista de qualidades, para ocupar êsse cargo, deve figurar uma compreensão dos custos hospitalares. Sem que o chefe dêsse departamento possua uma consciência de custos, o administrador não pode esperar muita redução de custos. A primeira coisa que um departamento de enfermagem precisa ter é um **manual de rotinas de trabalho**,para que cada empregado saiba o que se espera dêle e como agir, nas várias rotinas de trabalho existentes para a enfermagem. Êste livro não apenas representará um excelente guia para a distribuição do trabalho do pessoal de enfermagem como, também, para o uso econômico do equipamento e material. Através de rotinas, bem preparadas, pode-se evitar uma grande parte de duplicidade de equipamentos ou materiais e, ainda, criar plano para a simplificação do trabalho. Reconhecemos que êste trabalho não é fácil, porque a chefe do departamento precisa contar com a colaboração das enfermeiras e dos médicos.

Não basta, porém, sòmente o livro de rotinas; o que é mais importante é o treinamento do pessoal para seguir as instruções nêle contidas, principalmente, do pessoal não profissional do departamento de enfermagem. Se êles não tiverem um bom treinamento em serviço e não forem devidamente orientados, quanto á execução de suas tarefas, exigirão, por certo, maior supervisão para executar os seus trabalhos, o que representará custos mais elevados. Uma boa orientação será submeter êsse pessoal a um treinamento rigoroso, antes de iniciar o seu trabalho. Um outro aspecto, também, que influirá muito no custo é a distribuição do pessoal, tendo em vista o aumento ou diminuição de pacientes em determinadas unidades. Uma boa flexibilidade, na distribuição dêsse pessoal, de muito influirá no custo. Vemos, por exemplo, que, na unidade de moléstias infecto-contagiosas, o custo do paciente dia é caríssimo, porque o pessoal não pode variar, com a lotação da unidade. Além de ganhar salário superiores a 50% aos dos demais serviços do hospital, há períodos em que passam sem ter nada que fazer, onerando, de muito, o custo do serviço hospitalar. O controle do material estocado, nas unidades de enfermagem, também é uma preciosa fonte de economia, ou pode se transformar numa perigosa fonte de desperdício. Um outro fator,também, é o extraordinário pago ao pessoal de enfermagem. É preciso um critério muito rigoroso, na autorização de extraordinários para o pessoal. e é preciso que êsse extraordinário só seja autorizado pela chefe do departamento de enfermagem ou suas assistentes ou supervisores, para evitar abuso ou horas extras, desnecessárias, que poderiam ser corrigidas com melhor distribuição de pessoal. Êsses são apenas alguns dos muitos aspectos a que uma análise de custo poderá levar não só a administração como o departamento de enfermagem a possibilidade de redução do custo elevado nesse Departamento.

No Departamento de Nutrição e Dietética, o estudo permanente dos custos pode levar, também, a grandes economias. Esta é uma das áreas, em que se pode aplicar a máquina, para substituir a mão de obra. Temos na Santa Casa, por exemplo, uma máquina de depenar aves, que trouxe uma economia de 5 funcionários; máquina de cortar legumes, batedeiras, máquinas de descascar batatas etc. Aqui, também, a manutenção preventiva das máquinas e equipamentos e a existência de máquinas e peças para substituir aquelas, que vão para o conserto, muito podem ajudar na redução dos custos. O estudo dos custos de restos de alimentação, por exemplo, levou-nos, na Santa Casa, a analisar e simplificar o trabalho nêsse setor, tendo-se conseguido reduzir, de muito, as sobras, que são uma fonte importante de desperdício, tanto no refeitório dos empregados, como nas próprias enfermarias e quartos dos doentes. Também, o estudo dos custos levou-nos a modificar o sistema descentralizado de preparo de certos alimentos, nas copas dos andares, centralizando, tanto quanto possível, o preparo na cozinha, com apreciáveis economias, na redução de gêneros e mão de obra. O problema de estocagem de gêneros precisa ser bem estudado, porque a estocagem custa dinheiro. Inclui espaço, equipamento, luz, refrigeração e ventilação; custo da mão de obra para controle do estoque e prevenção de roubos; perda, pela deterioração, quando estocado por tempo longo; etc. Enfim, a análise de custos muito poderá ajudar os diversos departamentos dos hospitais a realizar estudos para redução de custos. A atividade de Secção de Custos não deve ser encarada como um controle, mas como uma ajuda para que os chefes e o pessoal dos diversos departamentos, conhecendo os detalhes de custos de seus serviços, muita coisa possam fazer.

Outra medida de grande valor é conseguir que o **Corpo Clínico seja informado** sôbre o custo do serviço hospitalar. E' incalculável a contribuição, que o Corpo Clínico pode dar ao hospital, no que se refere a sugestões para reduzir o custo. A administração deve pensar num meio qualquer e se esforçar para manter o Corpo Clínico sempre informado sôbre os custos, bem como sôbre os resultados de redução de custos, que se conseguiu com a adoção de sugestões dadas pelos médicos. O administrador poderia usar cinco minutos, nas reuniões do Corpo Clínico, para comentar problemas de custos ou, ainda, afixando informações na sala dos médicos, ou, ainda, nos contatos esporádicos, que o administrador e os chefes de departamento mantêm com os médicos, durante o dia.

Outra fonte de grande economia é o uso de voluntários, nos serviços do hospital. Já se salientou, exaustivamente, o que representa a despesa com a mão de obra no hospital e pode-se imaginar o que poderia ser feito em matéria de economia, desenvolvendo o serviço de voluntárias, em tôdas as áreas do hospital, utilizando o tempo de pessoas, que estão dispostas a colaborar com o hospital, nas horas disponíveis. Na Santa Casa, muito temos nos esforçado para conseguir desenvolver o serviço de voluntárias e, atualmente, elas nos proporcionam uma economia de 363 horas mensais, que teriam de ser pagos a empregados, de outro modo.

Um outro meio de se conseguir combater o custo dos hospitais seria o desenvolvimento dos ambulatórios. Sem dúvida que haverá grandes economias para o hospital, quando o diagnóstico e o tratamento possam ser feitos sem necessidade de se ocupar um caríssimo leito hospitalar. Além disso, o aspecto econômio, do ponto de vista da comunidade, de que o paciente poderá continuar trabalhando e produzindo, enquanto em tratamento no ambulatório, sem perda de salário, é importantíssimo.

Outra sugestão é a de que sòmente nos grandes centros e nos grandes hospitais se processem as grandes cirurgias e os tratamentos complexos, como a cirurgia cardiovascular, que é dispendiosíssima.

Apesar de aumentar as despesas desses grandes centros de ensino, haveria uma grande economia para a comunidade, evitando-se a duplicidade, dispendiosíssima, de pessoal especializado e equipamento.

Êstes dois últimos exemplos apontam a necessidade de amplo e efetivo planejamento, na provisão de serviços hospitalares e de saúde da comunidade. Mas, ainda assim, mesmo com êsse planejamento e com as outras medidas internas não tenhamos dúvida de que os custos dos serviços hospitalares continuarão a subir. O público e o governo precisam enfrentar êste problema, francamente.

Se fracassarem as tentativas do hospital de conseguir melhor financiamento, quer através de melhores preços em suas tabelas, quer através de melhores subvenções ou de campanhas populares de solicitação direta ao público, a saúde da comunidade perecerá. Se conseguirmos esse financiamento, o povo viverá mais longamente, terá mais felicidade, e vida mais útil.

Pelas considerações acima expostas, concluimos que o controle dos custos é uma das mais importantes tarefas para a qual as administrações devem ter os seus olhos voltados, se quiserem a sobrevivência de seus hospitais, como hospitais, e não como depósitos de pacientes.

O coração do controle de custos é o uso de informações de contabilidade para se reconhecer ou identificar as áreas, onde o custo pode ser reduzido ou, pelo menos, contido sem aumentar.

Todo administrador deve estar preparado para demonstrar que seu hospital está sendo conduzido eficientemente e que, tudo que foi possível fazer para economizar, foi feito. Deve estar preparado para provar que essa eficiência e essa economia foram resultado de bons métodos de administração.

O hospital está consumindo, como vimos através dêste nosso trabalho, e virá a consumir, para o futuro, muito dinheiro. As prestações de contas, as explicações da razão dêsses gastos serão inevitáveis, não apenas ao governo como ao públco e aos clientes que pagam ao hospital.

Nestas condições, reputamos de máxima importância que os hospitais se preparem para responder a essas perguntas, antes que elas venham e êles não tenham meios para respondê-las. Sim, porque, a não ser que possuam bom sistema de apuração, análise e controle de custos, nenhum administrador ou nenhuma Mesa Administrativa poderá responder ou justificar os gastos de seus hospitais. Afirmar apenas que a assistência hospitalar é cara, sem justificar, não convence ninguém da necessidade de se aplicar dinheiro nos hospitais. O governo e o público têm não só o direito como o dever de procurar saber se o dinheiro canalizado para os hospitais está sendo bem empregado. Não bastam êstes congressos, estas reuniões, esta gritaria que os hospitais custam muito e que as Santas Casas gastam menos que os hospitais do governo, etc. E' preciso provar se o que as Santas Casas gastam está sendo bem empregado, isto é, se o rendimento do hospital compensa o dinheiro nêle gasto. E esta demonstração não é com palavras que se fará, mas com fatos, com demonstrações científicas, baseadas em bons sistemas de apuração e análise de custos.

E' preciso, é indispensável, é patriótico que se tenha controle dos custos.

Em que consiste o controle de custos?

Em geral, o controle de custos consiste na acumulação de informações, que indiquem em que está sendo empregado o dinheiro e mais as considerações dos seguintes fatos: O pessoal que trabalha no hospital está sendo usado com a máxima eficiência? Cada empregado, que consta da folha de pagamento, é necessário para o funcionamento do hospital? As compras e os serviços pagos são necessários para o funcionamento do hospital? Não poderiam êsses itens ser comprados por menores preços?

O administrador precisará de diversos instrumentos para responder a essas perguntas:

1 — boas estatísticas de despesa e receita.
2 — um bom orçamento, calcado nessas estatísticas.
3 — demonstrações mensais da despesa.
4 — comparação das informações contidas nas demonstrações mensais ou anuais de outros hospitais similares.
5 — canais regulares para se difundir essas informações pelo hospital.
6 — verificar as áreas onde os custos variaram, em comparação com períodos anteriores ou com a previsão.
7 — determinar onde os custos podem ser reduzidos.
8 — desenvolver o interêsse e atitudes de todo o corpo do pessoal do hospital, no controle de custos.
9 — organizar um meio eficiente de se medir os resultados de providências adotados para redução de custos.

Para que se tenha todos êsses elementos, é indispensável que o hospital possua bons sistemas de apuração de custos, tanto quanto possível uniformes, para permitir a comparação entre hositais. Os órgãos governamentais, encarregados de distribuir subvenções e auxílios, deveriam exigir, rigorosamente, de todos os hospitais a manutenção desses sistemas, como condição básica para recebimento de subvenções, porque, se a assistência hospitalar tem o seu custo aumentado assustadoramente e por outro lado os meios de financiamento escasseiam, pode-se mesmo taxar de absurdo que os governos não exijam essas medidas, na proteção do dinheiro do povo, que é canalizado para êsses hospitais.

Como colaboração ao estudo do problema, no final dêste trabalho, apresentaremos o sistema de apuração de custos adotado pela Santa Casa de Santos, que não é perfeito, que conta com a abalisada anuência do Professor Eduardo Sampaio Campos, que é, sem dúvida, o homem que mais tem batalhado para a introdução, em nossos hospitais, de sistemas padronizados de contabilidade hospitalar. Eis a opinião do Professor Eduardo Sampaio Campos:

"Senhor Provedor:

É com incontida satisfação que tomamos a liberdade de vir á presença de V. Excia. para externar o nosso orgulho e a nossa alegria por termos verificado, em nossa última visita à essa benemérita Instituição, que a Irmandade tão bem dirigida por V. Excia. finalmente alcançou o pleno domínio, e o vem exercendo, do mais alto sistema de apuração de custos operacionais de seus serviços e de determinação dos custos unitários de pacientes-dias.

Desnecessário sería relembrar a V. Excia. que tal acontecimento é a coroação árdua e persistente da luta que há anos a administração desse hospital se empenhou com inabalável fé e decisão. Saiba V. Excia. que a Instituição dirigida por V. Excia. é das poucas nêste país que dispõe de tão precioso mecanismo. Outras Instituições, presentemente, se empenham em possui-lo e longe não estará o dia em que todas as organizações hospitalares dêste país, poderão em matéria de custos, falar a mesma linguagem. Muito poderá essa Instituição fazer pela causa da bôa administração hospitalar, tornando-se um centro irradiador dêsse sistema às Instituições congêneres, acrescentando mais este serviço à sua já longa folha de serviços prestados à comunidade brasileira".

A importância da comparação dos custos entre os Hospitais.

O estudo comparativo dos custos entre hospitais é de grande importância para:

a) Distribuição racional de subvenções e auxílio por parte dos poderes públicos:

b) orientação das administrações, quanto à produtividade, economia e grau de eficiência dos seus hospitais.

Entretanto, tal comparação é dificílima, porque preliminarmente não existem dois hospitais semelhantes. Inúmeros fatores interferem na determinação dos custos como já vimos e vamos continuar a ver no estudo dêste capítulo.

E, o mais difícil é que, ainda que possamos, através de padronização de estatísticas, de sistemas de contabilidade, da análise dos diversos fatores relacionados com a planta física ou com o sistema administrativo, estabelecer aproximadamente um termo de comparação de custos entre uma e outra instituição, ainda assim, ficaria a parte mais importante que é o tipo de assistência prestada por uma e outra instituição, o que é dificílimo de se medir. Um custo maior pode não ser o mais elevado, se o padrão de assistência não for o mesmo. Talvez um critério para uma tênue aproximação do problema seria a observância dos padrões mínimos, estabelecidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões.

Entretanto, mesmo difícil de se estabelecer, a comparação de custos entre os hospitais é indispensável, embora se reconheça que muito ainda temos que pesquizar para se estabelecer um critério adequado.

Comparações práticas, entretanto, podem ser feitas, como por exemplo os gastos com alimentação, com serviços médicos, enfermagem, com pessoal, com lavanderia, etc. em termos percentuais, comparando-se a despesa dêsses setores com a despesa total do hospital.

De grande valor para o administrador seria a comparação, dentro do próprio hospital, do custo entre os diversos serviços, principalmente entre as unidades de enfermagem.

Vejamos os fatores que interferem na determinação do custo nos hositais e que forçosamente precisam ser levados em consideração num estudo comparativo:

O tamanho do hospital — sabemos que o hospital médio e grande são os dois tipos mais econômicos.

Tipos de Hospital — se destinados a doentes agudos ou crônicos. Hospitais especializados ou hospitais gerais.

A planta física — sabemos quanto rendimento se poderá obter de uma planta física bem planejada. Num hospital pavilhonar, custará muito mais cara a manutenção que num monobloco no que se refere à distribuição de medicamentos, de alimentação, etc. O princípio de compactação, na construção das unidades de enfermagem, também irá influir grandemente no custo com a redução da deambulação do pessoal de enfermagem. Ainda na planta física, vemos hoje que a própria disposição dos sanitários influirá em economia de pessoal, porque tornará possível o agrupamento dos quartos, o mesmo relativamente à localização dos elementos da unidade de enfermagem, como posto, sala de serviço, etc.

Hospital governamental ou privado — É sabido que os hospitais governamentais são mais caros, pela burocracia, exigida por lei, e por razões outras, incomparatíveis com a flexibilidade que a administração hospitalar requer para que o administrador possa agir com maior eficiência, em benefício do hospital.

Hospitais de fins lucrativos e não lucrativos.

O sistema administrativo, também influirá, pois uma administração sólida, firmada em bases científicas trará, fatalmente, um rendimento maior, com menores despesas.

Enfim, todos êsses fatores precisam ser levados em consideração, num estudo comparativo de custos, entre os hospitais.

Como vimos, tal comparação é bastante complexa. Entretanto, é indispensável, sob todos os pontos de vista, e não poderiamos deixar passar esta importante oportunidade, nêste Congresso, que reune a maioria dos hositais de finalidades não-lucrativas do país,

para sugerir que se aprove moção, no sentido de os governos estaduais e federal estabelecerem, como condições básicas para a concessão de auxílios e subvenções, que os hospitais observem um plano de contas, estatísticas, e processos de apuração de custos padronizados, com a obrigatoriedade de enviar um, periódicamente, aos órgãos encarregados de distribuição e controle de aplicação das subvenções, informações, de acôrdo com questionários-padrões, estudados em conjunto por especialistas representantes dos govêrnos, das Santas Casas, e das associações de Hopitais.

d) Descrição do Processo de Apuração de Custos, adotado pela Santa Casa de Santos

Antes de passarmos pròpriamente à descrição do sistema usado na Santa Casa e preconizado pelo Prof. Eduardo Sampaio Campos, parecem-nos necessários alguns esclarecimentos sôbre a terminologia geralmente usada em matéria de custos, que traz sempre alguma confusão, segundo Ray Matylewicz, Controller da Associação Americana de Hospitais: (1)

"CONTABILIDADE DE CUSTOS" — é um sistema que suplementa a contabilidade geral. Sua finalidade é atribuir os custos, tão especìficamente quanto possível, á unidade do produto para o qual êle concorreu . Onde existir a contabilidade de custos (cost accouting) ela será parte importante e integrará a contabilidade geral.

Os hospitais, que adotam o plano de contas recomendado no manual da Associação Americana de Hospitais, denominado "Uniform Chart of Account and Definitions for Hospitals," ou uma razoável adaptação dêle, estão usando a contabilidade de custos até um certo grau. Através dêste plano de contas, o custo da mão de obra e os materiais diretos são debitados ao departamento ou Serviço para os quais êles ocorreram. Além disso, muitos hospitais usam um sistema de requisições feitas ao almoxarifado geral.

À medida que o material vai sendo comprado, vai sendo debitado a uma conta geral de inventário uma conta do ativo. E quando as requisições são feitas dos serviços para o almoxarifado, o custo vai sendo debitado, diretamente, ao departamento, que recebe o material.

Dessa forma, a Contabilidade de custos poderia ser definida como "um sistema de contabilidade, através do qual os custos são debitados, tão especìficamente quanto possível, ao departamento, unidade de produto ou Serviço, para os quais êles incorreram".

ANÁLISE DE CUSTOS:— A análise de custos é definida como a redução de qualquer cousa em suas partes, o exame de qualquer coisa para ver o seu conteúdo, ou o exame de qualquer coisa, ponto por ponto. Ao contrário de **Contabilidade de Custos** (cost accountig) não é um sistema, mas, antes, um exame sistemático dos elementos do custo.

A análise de custos representa um posterior refinamento da contabilidade de custos, mas isto não significa que, para se fazer a análise de custos, precisamos ter a contabilidade de custos.

Como se disse acima, a contabilidade de custos atribui os elementos de custos a um determinado departamento, produto ou serviço. Por exemplo, todos os salários do pessoal do departamento de limpeza são debitados a uma conta intitulada **"SALÁRIOS" "LIMPESA"**. Para os fins de administração, pode ser necessário analisar esta conta para se determinar o valor recebido para a constituição do custo. Um refinamento dêstes dados de contabilidade, na forma de análise, seria, então, necessário. Esta análise poderia considerar os seguintes fatores: (1) o n.º de empregados usados; (2) as horas produtivas de serviço realizado; (3) as horas não produtivas; (4) o tamanho da área que foi limpa; (5) o custo por hora e (6) o custo por metro quadrado.

A análise de custos é feita, também, para outros fins de administração; por exemplo, para a análise da despeza de cada departamento.

Assim, a análise de custos poderia ser definida como "um exame sistemático dos elementos do custo para se determinar o valor recebido ou a produtividade realizada".

Apuração de custos (cost finding) — A Associação Americana de Hospitais publicou, em 1957, um manual sob o título "Cost Finding for Hospitals", no qual êste têmo é definido e os processos usados são amplamente ilustrados.

A apuração de custos não é um **sistema** nem um **exame**, mas, antes, um processo. Definido de maneira simples, êle envolve a atribuição (baseada em dados estatísticos) do custo dos departamentos auxiliares, de administração geral, (non revenue producting departament), que existem para servir aos departamentos, que poderiamos chamar de departamentos específicos, que fazem parte da chamada administração específica, aqueles departamentos que prestam diretamente a assistência ao paciente. O resultado líquido, obtido por êste processo, constitui uma razoável determinação do custo total de cada departamento específico. Êste custo pode ser dividido pelas vezes em que o serviço foi prestado pelo departamento, para se encontrar um custo médio, por prestação de serviço. A apropriação feita por êste processo não é registrada nos registros gerais da contabilidade da Instituição".

O processo de apuração de custos da Santa Casa é uma adaptação do "cost finding", elaborado pela A H A, onde os custos diretos, apurados pela contabilidade, são suplementados por um sistema de custos, através do qual as despesas são debitadas, em registros de custos, aos diversos serviços específicos, que atendem diretamente o paciente.

Em breves palavras, êste processo consiste em 4 mapas, onde as contas do plano de contas da contabilidade são agrupadas em 7 grupos, assim distribuidos.

1.º grupo: Serviços de atividades, meios não médicos (administração, nutrição, serviços gerais, etc.)

2.º grupo: atividades meios porém técnicos (ex. Farmácia, Arquivo Médico, Serv. Social)

3.º grupo: atividades meios onde predominam os serviços chamados "Auxiliares" (ex. Serv. Raios X, Anestesia, Laboratório)

4.º grupo: As clínicas de doentes internos pagantes e não pagantes, que poderiamos classificar como pertencentes ao grupo de administração espífica.

5.º grupo: Órgãos de administração específica, representadas pelos serviços que atendem doentes externos (ambulatórios

6.º grupo: As contas não aplicáveis ao custo operacional.

7.º grupo: Centros de produção q,ue não são contas da despesa mas precisam figurar neste mapa, porque recebem serviços dos grupos de atividades meios.

No 1.º mapa ,figuram todos os 7 grupos acima descritos e êle se destina à apuração da despesa total do 1.º e 2.º grupos e à distribuição das despesas primárias ou diretas do 1.º grupo, por todos os demais serviços do hospital. Esta distribuição obedece a critérios próprios para cada conta.

Neste **1.º mapa**, existem as colunas destinadas a ajustes dos custos primários, constantes do balancete, aos critérios adotados pelo processo de apuração de custos. Durante êste ajuste, é feito, também, um verdadeiro serviço de auditagem de contabilidade o que nos levou a separar a secção de Análise de Custos da Contabilidade, pròpriamente, no organograma do hospital.

O **2.º mapa** se destina à distribuição dos custos secundários do 1.º grupo (lembrem-se que os custos primários dêsse 1.º grupo já foram distribuidos no 1.º mapa) e dos custos totais do 2.º grupo, através, igualmente, de critérios específicos para cada conta.

Nêste 2.º mapa, já temos os custos finais do 3.º grupo e mais os custos globais de pacientes internos (pagantes e não pagantes) e externos, faltando apenas atribuir-lhe as despesas de serviço do 3.º grupo. Os chamados Serviços Especiais (serviços médicos auxiliares) etc.

3.º mapa se destina à apuração descriminada dos custos de doentes pagantes, não pagantes e externos, por unidades de enfermagem, porém ainda sem receber os custos dos serviços especiais.

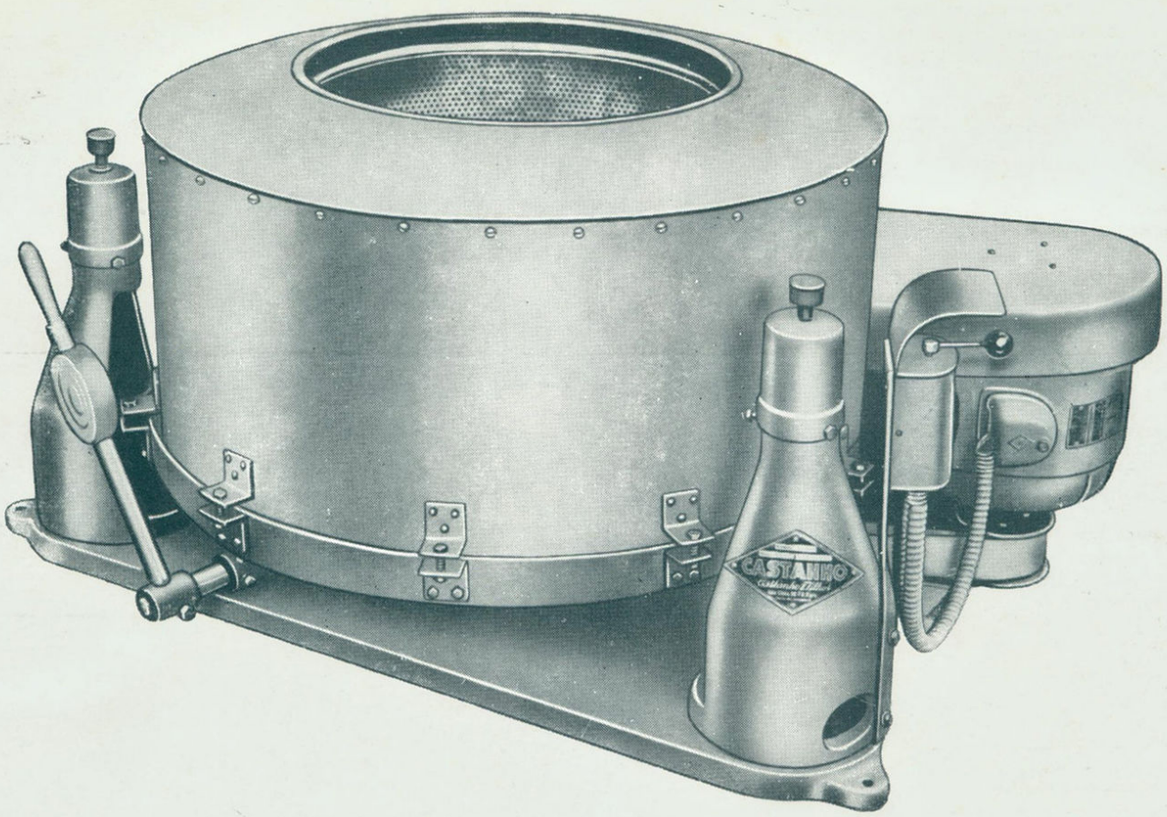
4.º mapa se destina à distribuição, pelas diversas unidades de enfermagem e ambulatório (discriminadamente) dos custos dos Serviços Especiais, apurando-se, assim, os custos finais da Assistência Médica aos pacientes.

Dessa forma, têm-se rigorosamente apurado os custos totais e unitários de pacientes por unidades de enfermagem de ambulatório e de todo e qualquer serviço médico ou não-médico do hospital.

(Continua)

---

(1) Estas definições constam do artigo de Ray Matylewicz, publicado na revista "Hospitals" de Fevereiro de 1962, pg. 61 sob o título "Defining Accounting Terms". As nossas palavras não são uma tradução completa dêsse artigo, mas são trechos extraidos de seu trabalho e que reputamos de grande importância transcrever, aqui, para desfazer qualquer dúvida sôbre a terminologia usada, quando se trata do estudo dos custos em que, segundo o próprio Ray Matylewicz, há uma tendência para se considerar a mesma coisa. **Contabilidade de Custos** (cost accouting), análise de custos (cost analysis) e apuração de custos (cost finding), que significam, como vimos, termos diferentes.



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

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

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA

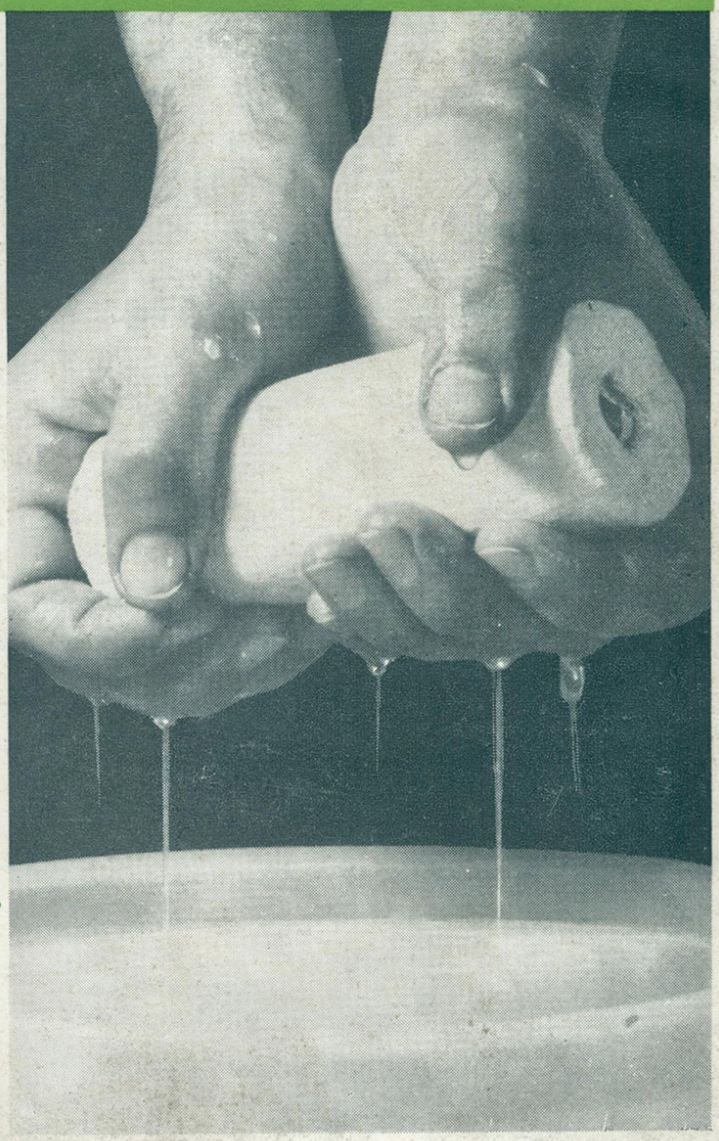
Rua Clélia, 98 — Tel. 62-1721 — End. Teleg.: "Castanho" — (Cod. Mascote) — SÃO PAULO

REPRESENTANTES

RIO DE JANEIRO — Alfredo Rodrigues Ferraz - Rua México, 119 - Gr. 1809 - Fone: 42-5529
BELO HORIZONTE — Emilio Gaissler & Cia. Ltda. - Rua Tupis, 449 - Caixa Postal, 195 - Fone: 2-3049
PORTO ALEGRE — João F. de Freitas - Av. Bento Gonçalves, 1428 - Apto. 13
BLUMENAU — Emil A. E. Kammer - Rua 15 de Novembro, 1360 (fundos) - Fone: 1686
CURITIBA — Com. Representações Cunha Ltda. - Rua Monsenhor Celso, 211 - Cj. 602 - Fone: 4-8443
VITÓRIA — Conrado de Oliveira Neves - Rua Saturnino de Brito, 829
SALVADOR — Gastão Sampaio - Rua Miguel Calmon, 37 - 8.º andar - s/81 - Fone: 1704
RECIFE — BADE - Instalações e Comércio Ltda. - Rua Velha, 352 - Fone: 3122
FORTALEZA — Lima & Albuquerque - R. Barão de Rio Branco, 910 e 914 - Fone: 1-3430 - Cx. Postal, 24
BELÉM — Mirando & Cia. - Travessa Campos Salles, 205 - Fone: 4827 - Caixa Postal, 264

Molham-se inteiramente em 5 segundos!

ATADURAS GESSADAS "Specialist"



Fabricadas com tecido especial, impregnado de uma emulsão uniforme de gêsso, formam um só material depois de prontas.
Êsse processo permite que cada atadura seja imersa na água *na hora de se usar*. Sòmente 5 segundos são necessários para que as Ataduras Gessadas "SPECIALIST" fiquem inteiramente molhadas.

NÃO HÁ DESPERDÍCIO — O número de ataduras necessário para cada aparelho pode ser controlado.

As únicas com dois tempos de secagem!

ULTRA-RÁPIDA — (Rótulo Verde) 2 a 3 minutos
Tamanhos: 6x2 — 8x2 — 10x3 — 12,5x3 — 15x3

RÁPIDA — (Rótulo Azul) 5 a 6 minutos
Tamanhos: 10x3 — 12,5x3 — 15x3 — 20x4

Encontradas em latas ou caixas de dúzias

Johnson & Johnson

— GARANTIA DE QUALIDADE