hospital de hoje

VOLUME 40 — ANO XIV — 1969

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

AVANÇANDO COM A CIRURGIA

Elimina mão de obra no hospital
Elimina tabuinhas
Elimina corte de fios
Elimina esterilização
Elimina campo duplo para empacotamento
Elimina barbantes
Elimina riscos
Economiza tempo

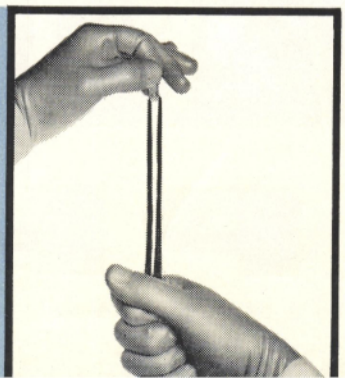
quebre o tubo e retire a sutura com pinça estéril

SUTUPAK*

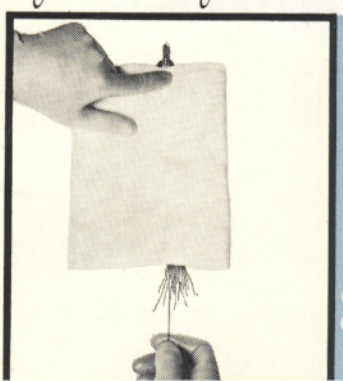
NOVA SUTURA PRÉ-CORTADA, ESTERILIZADA.
Cada tubo contém 20 ou 15 fios de 45 cm de: Sêda, Algodão, Linho, MULTINYLON* ou MERSILENE*

*MARCA DE FÁBRICA

SUTURAS ETHICON Johnson & Johnson



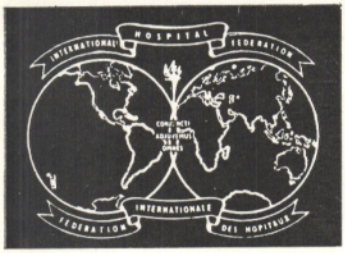
tracione os fios



coloque-os em campo esterilizado

HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do I P H - 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 THE IMPROVEMENT OF HOSPITALS ON SCIENTIFIC AND RATIONAL BASIS.

I P H — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares: **Personalidade Jurídica - sob nº 2.076 em 25-1-1954 - 4º R.T.D. — Entidade de Utilidade Pública — Lei Estadual nº 4.774, de 12-8-1958. Entidade de Utilidade Pública — Dec. Federal nº 44 735, de 23-10-1958 — Cons. Nac. de Serv. Soc. nº 119.104, de 16-12-1959 — registrado no Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções sob o nº 1833/67.**

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

DIREÇÃO E REDAÇÃO: Diretor e Redator Responsáv[el]: Jarbas Karman. **Diretores de Seção: Acústica:** Roberto Paulo Richter. **Administração:** Pe. Niversindo Antônio Cherubin e Ruy Büller Souto. **Anestesia:** Kentaro Takaoka, Salvador Cromberg. **Desinfetantes e Esterilização:** Jarbas Karman. **Enf[e]rmagem:** Glebe Alcântara, Maria Rosa de Souza Pinheiro. **Farmácia:** Carlos H. Robertson Liberalli, Henrique Tostaldi, Quintino Mingoja. **Frio e Calor:** Remi Benedito Silva. **Instalações:** Alfredo Willer. **Laboratório:** Henrique Elkis, Isaac Amar, Otávio A. Germeck. **Lavandaria:** Amaury Castanho, Alfredo J. Sadler, José de Godoy Crispin, Emil Allerhand, Leopoldo C. Becheli, Kurt Miller, Ruy da Silva de Souza. **Medicina de Hoje:** Cosme De Guarnieri Neto. **Normas:** Eudoro L. Berlink, Francisco Inácio de Araujo Silva. **Nutrição e Dietética:** Dalva Maria Aliani, Maecyra Bernardes de Melo. **Projetos:** Jarbas Karman. **Psicologia Hospitalar:** Joanna Wilheim, Maurício Karman, Noemy da Silveira Rudolfer. **Psiquiatria:** Clóvis Martins, Roberto B. Tomchinsky. **Radiodiagnóstico:** José Medeiros Sobrinho. **Radiot[e]rapia:** Carlos de Campos Pagliucci, Renato Araujo Cintra. **Relações Públicas:** Alcindo Tavernaro, Amadeus A. von Bouczan, Benedito França, Carlos Augusto Aché, Tárcio Barbosa Tavares. **Saúde Pública:** Humberto Pascalli, Paulo C. Castro, Rodolfo dos Santos Mascarenhas. **Técnica Cirurgica:** Américo Nasser. **Conselho Consultivo:** Domingos Labate, Delcides de Oliveira Baumgratz, Nedya Dorsa, Oscar Motta Mello, Waldemar Henrique Cardim, Wilson Guimarães. **Secretaria do I.P.H.:** Carlos Augusto Aché. **Contabilidade:** Magdalena Sipcs. **Desenho:** Domingos Fiorentini, Sérgio Fiorentini. **Direção Comercial:** Djalma N. Ferreira F[º], Matheus De Lascio, **Diagramação:** Fernando A. Ferreira. **Composição e Impressão:** Gráfica Sangirard — Rua Bom Pastor, 2472 — Telefone 63-7870 — **Clichês:** Fotogravura Flama Ltda.

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

Índice

CAPA

Sua Eminência Dom Agnelo Rossi, Cardeal de São Paulo e Grão Chanceler da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Em 16 de junho de 1969, Dom Agnelo Rossi presidiu a solenidade de inauguração oficial do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar do I.P.H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares.

MEDICINA DE HOJE

A situação do paciente nos Estados Unidos da América do Norte 3

ADMINISTRAÇÃO

Perfis Administrativos
4 — Serviços de Laboratório e respectivos custos .. 11

ARQUIVO MÉDICO

Cadastro hospitalar brasileiro 13

NOTÍCIAS

Prêmio enfermeira do ano 20
III Simpósio de temas Gineco-obstétricos 20
Centro de Estudos "Franco da Rocha" 20
Congressos Integrados de Cancerologia 21
II Congresso Brasileiro de Cirurgiões de Cabeça e Pescoço 21
Visita aos Hospitais Japoneses 21
"Honoris Causa" Para Neves-Manta 21
Posse na Academia Nacional de Medicina 21

NOTÍCIAS DO I.P.H.

Solenidade da inauguração oficial do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar do I.P.H. 22

AUDITORIA MÉDICA

Importância da auditagem nas organizações hospitalares 27

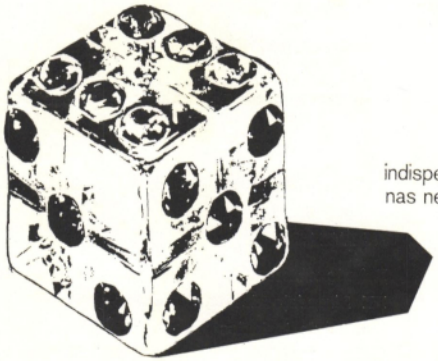
SUPRADYN
ROCHE

21 substâncias

em um só comprimido

em uma só **drágea NOVA FORMA**

11 vitaminas
5 minerais
5 elementos- traços



indispensáveis ao metabolismo óptimo
nas necessidades máximas

PRODUTOS ROCHE Químicos e Farmacêuticos S.A. C.P. 329-ZC-00
RIO DE JANEIRO G.B.

A situação do paciente nos Estados Unidos da América do Norte (*)

É A MELHOR MEDICINA DO MUNDO — A maioria dos americanos consideram esta declaração como um artigo de fé, enquanto gozam boa saúde. Mesmo quando adoecem, sentem na maioria, que estão recebendo excelente atendimento. Porém um número crescente de pacientes, os usuários da medicina americana, faz perguntas que vão do simples resmungar até ficarem abertamente zangadas.

Quando o médico foi chamado pela primeira vez, porque se recusou a comparecer na residência do paciente? Por que demorou tanto tempo para fazer o diagnóstico correto? Por que prescreveu tantas drogas antes que soubesse a natureza exata da doença? Escolheu êle o cirurgião certo para operar? Eram realmente necessários todos aquêles exames de laboratório? O cirurgião cobrou muito? Por que **a diária de um hospital custou 60 dólares**, muito mais do que um luxuoso apartamento de hotel? Por que o seguro não cobre mais essas despesas?

ENGENHOSO E SURPREENDENTE — Estas perguntas são feitas anualmente por muitos dos 130 milhões de americanos, que pagam 500 milhões de consultas aos médicos. Para êles, os médicos prescrevem um bilhão de receitas, para uma conta total de medicamentos de alguns 3,5 bilhões de dólares. Todo ano, 27 milhões de americanos internam-se em um hospital geral, **onde permanecem em média 8,2 dias** e **dispendem 530 dólares**, sendo **aproximadamente a metade desta importância, coberta pelo seguro. O custo total da assistência** médica nos Estados Unidos, é atualmente de 53 bilhões de dólares por ano, **5,9% da renda bruta nacional, ou 7,5% do rendimento de tôda a população.** Estas cifras são muito mais altas do que aquelas de outros países ocidentais com, no mínimo, o mesmo nível de atendimento.

Está o cidadão americano recebendo uma razoável recompensa por seu dinheiro? Para cêrca de 25% da população, a resposta é sim. Para 50% a assistência, pode ser considerada como passável, porém não é certamente tão boa quanto poderia e deveria ser. Para os restantes 25%, a assistência é má, dada em circunstâncias humilhantes ou não existente. Esta falência não é simplesmente determinada pelo nível social: o rico não consegue necessàriamente obter o melhor atendimento, nem o pobre o pior. O Dr. Willian H. Stewarte, cirurgião chefe do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos diz: «Mesmo que um só americano não receba assistência médica de nível razoável alguma coisa está errada. E quando milhões não a recebem, então òbviamente há alguma coisa mesmo errada».

Quando convém a uma grande indústria, o serviço médico nos Estados Unidos, tem um impressionante planejamento, e muitas de suas facilidades são realmente de projeção. Na pesquisa e tecnologia médica, os Estados Unidos assombram e lideram o mundo. Um recém-nascido com um defeito cardíaco pode provàvelmente conseguir o melhor atendimento no Hospital de Manhattans Lenox Hill, que possui uma unidade destinada exclusivamente à cardiologia pediátrica. Para a cirurgia de coração de tais crianças, os cirurgiões dos Estados Unidos são extraordinários. O mesmo pode ser dito dos cirurgiões que fazem operações em artérias, de pacientes idosos. Para alterações nas artérias cerebrais, pesquisadores do «Columbia-Presbyterian Medical Center» têm contribuído para desenvolver uma prova magnética que agirá através do labirinto arterial e contará ao neurologista o que êle necessita saber. Em «Harvard», cirurgiões praticam a cirurgia sem bisturi — com um revólver de prótons que destrói tecidos super-ativos profundamente localizados no crânio. No Massachusetts Eye and Ear Infirmary, cirurgiões oftalmologistas colocam pacientes de cabeça para baixo para fazer a gravidade, ajudá-los na reposição de uma retina descolada.

Infelizmente, tais exemplos da engenhosidade médica americana não fazem da medicina americana a melhor do mundo. Aquelas facilidades estão disponíveis sòmente para poucos pacientes. Os Estados Unidos coloca-se em 13º lugar (atrás de diversos países da Europa Ocidental e da distante Nova Zelândia) na mortalidade infantil, e atrás da maioria dêstes países na mortalidade obstétrica e índices de mortalidade das doenças cárdio-arteriais e cirrose do fígado. Os índices dos Estados Unidos são prejudicados grandemente pelas más condições de saúde dos pretos, outras minorias e pelos brancos pobres do sul do país.

Outras comparações, são igualmente desoladoras. Há aquela que envolve disparidades na qualidade dos atendimentos nos Estados Unidos, dentro dos estados, cidades, e comunidades rurais. Uma pessoa pode receber ótima assistência, enquanto que uma outra que viva na mesma rua e que goza do mesmo acesso às facilidades médicas pode ser tratada como um indigente. O maior e último argumento defensável de tudo está, nas palavras do Dr. Malcolm Peterson, chefe dos serviços médicos no «St. Louis City Hospital»: «há ampla disparidade entre a assistência que sabemos como dar e a que realmente damos. Existem milhas separando-as».

(*) "TIME", edição latino-americana, 21 de fevereiro de 1969, pág. 47. Tradução por colaboração da equipe do Departamento de Assistência ao Interior do IAMSPE.

O «NÃO-SISTEMA» — Por que a medicina americana tem falhado em subsistir com seu fantástico potencial? A resposta, diz o Dr. Philip Lee que foi, até a última semana, o elemento principal do Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar, é que os Estados Unidos não têm nenhum sistema na prestação da assistência médica. Falar do presente sistema é ridículo, diz êle, porque é um «não-sistema». O que os Estados Unidos têm, de acôrdo com o Dr. Odim Anderson, da «University of Chicago's Center for Health Administration Studies», é um «sistema pluralístico» para equilibrar sua pluralística sociedade.

A indireta razão, porém básica para isso, é que a assistência médica é o único grande negócio no qual o consumidor final não tem nenhum contrôle sôbre o que compra. O médico prescreve o medicamento, pelo qual o paciente deve pagar, quer queira quer não. Êle determina uma internação, e o paciente raramente tem outra alternativa. O paciente não tem meios de saber se está sendo bem orientado pelo seu médico da família, recebendo bons medicamentos de seu farmacêutico e correta assistência técnica de seu cirurgião. Para êle não há nenhum Ralph Nader para lhe informar sôbre práticas não éticas. Não há nenhum defensor para representá-lo diante de algum tribunal imparcial. A classe médica hermèticamente organizada, desvia todo e qualquer ataque de fora, e em casos de queixas contra um de seus membros, coloca-se como promotor público, juiz e jurado. É muito raro o paciente que tenta protestar contra uma conta de médico òbviamente excessiva. Em média, por ano, cêrca de 150 pacientes queixam-se dos honorários médicos contra os 7.200 membros da «New York County (Manhattan) Medical Society», e 25% dêles ganham remissão ou redução da conta.

A maioria dos médicos dos Estados Unidos não aceitam êste quadro desolador, e apontam para a excelência inegável da medicina em muitas áreas. Ainda, de muitas maneiras, os próprios médicos sofrem as conseqüências da falta de uma organização mais racional da medicina americana. Para a maior parte dedicada e ingênua, êles estão geralmente sobrecarregados e estenuados. Também têm motivos para se queixarem das atitudes freqüentemente infundadas dos pacientes contra a assistência médica. Algumas pessoas, em tôdas as camadas sociais, têm simplesmente receio de admitir que existe alguma coisa errada com elas; adiam a procura do médico, até que sua doença se torne muito avançada ou mesmo incurável. Outras da classe pobre principalmente, e pouco educadas, não se utilizam da assistência médica embora a mesma esteja à sua disposição. Num simples distrito da cidade de New York, «The Bronx», o índice de mortalidade infantil salta 100% em 5 milhas, indo do Norte para o Sul. A razão é triste porém simples. O sudeste de «Bronx» é habitado por pretos e portoriquenhos pobres. Apesar de existirem excelentes clínicas para pré-natal e recém-nascidos, leva várias horas e várias passagens de ônibus de vinte centavos, para uma senhora se aproveitar do tratamento e na falta de alguém que tome conta das crianças ela provàvelmente levará seus filhos. O norte de «Bronx» é habitado, na maior parte por brancos, judeus e pessoas bem orientadas em questão de saúde; lá, as mulheres procuram rotineiramente seus médicos particulares para os mesmos atendimentos.

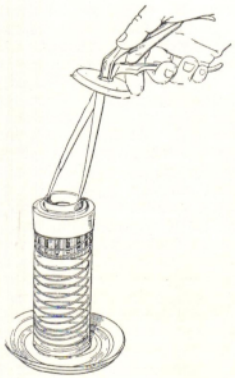
A maioria dos pacientes, qualquer que seja sua situação social, só procura por assistência médica em situações críticas.

Por esta razão os médicos, virtualmente todos os hospitais, e a maioria dos planos de seguro são orientados neste sentido, isto é, crise orientada. Esta circunstância impede que a nação tenha os benefícios potenciais da medicina preventiva, e também impede que a maioria dos pacientes possa, rotineiramente, receber a assistência médica quando necessitar.

Mesmo para os indivíduos abastados e bem orientados, conseguir tal assistência envolve uma série de obstáculos. Êle é, com efeito solicitado a escolher o tipo certo de seguro, provàvelmente aos 20 ou 30 anos de idade, sem dúvida alguns anos antes da época em que espera utilizá-lo. Então é convidado a indicar o médico certo. Para nenhuma destas escolhas existe orientação segura. Em épocas sucessivas da vida do indivíduo, estarão simultâneamente envolvidos os 3 principais componentes da assistência médica: médicos, hospitais e seguro.

TABUS INSEPARÁVEIS — Òbviamente, é o médico que deveria guiar o paciente através do intrincado labirinto da assistência médica. Entretanto não existe nos Estados Unidos atualmente um número de médicos suficientemente qualificados para desempenhar bem êste papel; e a organização da profissão é desencorajadoramente neste sentido. Com as descobertas de novas e potentes «drogas maravilhosas» como a insulina, as sulfas, antibióticos, novos hormônios e vacinas, cada década depois de 1920, devia ter sido uma idade de ouro na medicina. Porém, a medicina necessitava a compreensão e a compaixão para o paciente, que tinha caracterizado o velho estilo do científico médico de família. A associação médica americana, por longo tempo campeã da prática médica aperfeiçoada, perdeu de vista

STERILPINS — A Pinça de Esterilidade Permanente



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

STERILPINS: foi especialmente construída para:

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

QUIPEX Comércio e Representações Ltda.

Rua Xavier de Toledo, 210 — 6º — Cj. 64 — Tels.: 36-3889 e 35-2687

SÃO PAULO

o paciente. Desenvolveram-se então certas obsessões, vendo em todos os lados ameaças para si própria e para a boa situação financeira de todos os médicos. Entre tabus da A.M.A. estavam «a livre escolha do médico» e «honorários por serviço prestado».

O primeiro (livre escolha), significa que o paciente não deve ficar fechado dentro de um sistema no qual terá um médico designado para êle, mas deve ter a liberdade de escolher seu médico, entre todos de sua área, se puder encontrar um.

Não deve haver «terceira parte», contratando médicos sob regime de salário e depois cobrar dos pacientes pelos serviços prestados. Por aproximadamente 3 décadas, a A.M.A. se apôs tenazmente à prática de grupo, na qual um certo número de médicos estabeleciam-se juntos, e dividiam os honorários cobrados de todos seus pacientes. A A.M.A. temia que isto pudesse proporcionar um degrau na direção da medicina socializada.

O segundo princípio (honorários médicos por serviço prestado), não significa simplesmente que o médico deve ser pago pelos seus serviços, o que òbviamente é seu direito. Ainda mais, significa que êle deve ser pago, por cada serviço individual, na base que a U.A.W., o presidente Walter Reuther especificamente, e com menosprêzo chama «tarefa», significa que nenhum médico devia oferecer assistência médica vitalícia a um paciente por uma taxa anual, e desta maneira, estabelecer pagamento antecipado por um sistema de direitos anuais. Quer dizer que, quando um paciente se interna em um hospital para uma operação, deve pagar a conta do médico que o internou, uma conta separada do cirurgião, outra do radiologista para os raios X e ainda outra para o anestesista.

OS CLINICOS GERAIS E OS ESPECIALISTAS — A A.M.A. tem tido pouco sucesso no sentido de evitar a prática de grupo e do pagamento antecipado. A prática de grupo está largamente disseminada; os planos de pagamento antecipado estão crescendo, e existem numerosas «terceiras partes» no complexo médico. Cêrca de 2.300 grupos de especialistas e clínicos gerais, tem sido formados, compreendendo 20.000 médicos; uns em cidades grandes, outros em pequenas, alguns em hospitais ou grandes centros médicos, ou ainda em um simples conjunto de consultórios médicos.

Até agora o maior grupo, e o de maior sucesso é o da famosa Clínica Mayo de Minnesota, com 500 médicos. A maioria dos grupos, com oito a doze membros, compreende clínicos gerais ou residentes, pediatras, ginecologistas-obstetras, um radiologista, um cirurgião, um ortopedista e um oftalmologista.

Os especialistas variam de acôrdo com a necessidade local porém em cada grupo, um clínico geral atende o paciente em primeiro lugar e depois o encaminha aos especialistas do mesmo grupo, se houver necessidade.

UMA LICENÇA VITALICIA — Ano após ano, os Estados Unidos tem cada vez menos clínicos gerais para orientar os seus clientes. Em 1930, os clínicos gerais ultrapassavam os especialistas na proporção de 70 para 30. Hoje a proporção é mais que inversa, 21 para 79. As escolas de medicina do país tem sido organizadas de modo crescente para treinar especialistas, e poucos graduados agora deixam o internato para a clínica geral.

Ser membro de um grupo clínico, como clínico geral ou especialista, não significa certamente que se trata de um médico de projeção. Porém, no mínimo, assegura que êle entra em contacto regularmente com outros colegas, e pode assim estar a par das últimas aquisições da medicina. As leis de licenciamento dos 50 estados, e a atitude da A.M.A., e muitas outras organizações profissionais, não oferecem nenhuma garantia em tal sentido. Teòricamente seria possível para uma pessoa ter-se formado médico aos 25 anos em 1934, ter sido licenciado depois de um ano de internato, e ter exercido a profissão como clínico geral, desde então sem ter jamais ouvido uma palavra profissional a respeito da maior parte da medicina moderna. Não há nenhuma exigência para que alguma vez leia uma revista, ou freqüente uma reunião médica ou mesmo troque idéias com outro médico. Na prática, sem dúvida, o senso do dever do médico e a crescente sofisticação (ou hipocondria) do público impelem-no a manter-se em dia. Porém não há nenhuma exigência para que o médico continue estudando e não há reexame. Não há nenhuma lei limitando o seu clínicar à sua competência. Um clínico geral poderia fazer legalmente um transplante cardíaco, se êle fôsse suficientemente imprudente. A licença é para tôda a vida. Sòmente 31 estados relataram processos de revogação de licença em 1967. Êstes estados tinham 469 casos nos quais 208 licenças foram revogadas. Nada menos do que 148 revogações se deram por falta de pagamento de taxas de licenciamento. Violação das leis de narcóticos com 13 casos, e aborto com 10 casos, foram as únicas causas relacionadas à prática médica. Sòmente a Academia Americana de Clínica Geral (com 31.000 membros entre os 72.000 clínicos gerais da nação) expulsa membros que se recusam a freqüentar cursos de atualização.

Na maioria das pequenas cidades, virtualmente todo o médico pertence ao corpo clínico de um ou mais locais. Isto não quer dizer que êle seja pago pelo hospital, e isso nada diz a respeito de suas habilidades. Significa realmente que êle é um membro da sociedade médica do município, tem o privilégio de internar seus pacientes no hospital, e é bàsicamente responsável por tôda a assistência médica daí por diante. Em muitas cidades grandes, o paciente não tem possibilidade de continuar a ser assistido pelo seu próprio médico.

Só na cidade de New York, cêrca de 5.000 médicos (quase um têrço do total da cidade) não têm privilégios em qualquer hospital voluntário. Êles podem entregar seu paciente à mercê de internos, residentes e especialistas que nunca o viram antes, ou tentar interná-lo em um hospital particular, o qual não apresentará nenhuma dificuldade se tiver um leito vazio.

Bons, maus ou indiferentes, os médicos estão indo bem financeiramente. Seus rendimentos têm se elevado como um foguete e atingiram a velocidade de escape, com a vigência das Instituições (Medicare e Medicaid). Em 1961, a média dos médicos, descontadas as despesas de consultório e outras profissionais, atingia líquido US$ 25,000. Em 1965, elevou-se para US$ 28,000 e no último ano (em 1968) atingiu US$ 34,000. O Dr. Martin Cherkasky, diretor clínico do Hospital Montefiore de New York, diz que os médicos têm o consumidor nas mãos, porque êles são em pequeno número relativamente à demanda, que é muito grande. A deficiência foi laboriosamente sustentada pela A.M.A. durante 30 anos começando na «Grande Depressão» e terminando sòmente em 1967, quando admitiu que alguma coisa devia ser feita para aumentar o rendimento das escolas de medicina. «Esta falha», diz Cherkasky: «torna impossível para a sociedade negociar com a profissão médica. Vocês estão à sua mercê».

TOTAL DESGOVERNO — O paciente fica também à mercê dos hospitais. Quais são os bons hospitais? A coisa mais próxima para um critério, exceto para a filiação universitária, é saber se um hospital foi aprovado pela «Joint Commission on Accreditation of Hospitals», instituída pela A.M.A., «the American College of Surgeons, the American College of Physicians and the American Hospital Association». Os Estados Unidos têm 5.850 hospitais gerais, (cêrca de 5.100 dêles funcionam sem fins lucrativos e são impròpriamente chamados «voluntários»; os demais, concentrados na Califórnia, New York e Texas, são hospitais particulares, que funcionam com fins lucrativos. Excluídas destas cifras estão tôdas as instituições psiquiátricas e as mantidas pelo govêrno federal) com 645.000 leitos para pacientes de clínica médica e cirurgia, 82.000 para casos de maternidade. Dos 5.850 sòmente 3.914 receberam a aprovação. Em cada ano há cêrca de 1 milhão e meio de internações nos demais hospitais não aprovados. Pior, na opinião de Cherkasky, os padrões de aprovação são tão baixos que se tornam sem sentido.

Os hospitais constituem um alto negócio. Segundo Jerome Pollack, professor de economia médica na Escola médica de Harvard, representam um exemplo primário, desconcertante, de má administração. Os hospitais são dirigidos por conselhos, compostos principalmente de homens de negócio, que nunca sonhariam em administrar suas próprias organizações da maneira que tentam fazer funcionar um hospital.

O primeiro objetivo da maioria dos hospitais é operar com lucro. Durante gerações, os hospitais dos Estados Unidos conseguiram isso pagando pouco ou nada aos internos, residentes, enfermeiras estudantes e auxiliares «não profissionais».

A justiça social tem controlado os hospitais e os encontrado totalmente desaparelhados. Êles têm de pagar um salário parcial decente aos internos e residentes (US$ 9,000 a US$ 12,000 em algumas áreas). O que os tem afetado duramente é a necessidade de faxineiros, ajudantes de cozinha e porteiros, a quem devem pagar o salário-mínimo. A maioria dos hospitais dos Estados Unidos chegam a pagar, com relutância, até US$ 1,60 por hora ao seu pessoal não qualificado, embora em New York e Califórnia a remuneração seja mais elevada, US$ 2,50 por hora.

Com a redução nas horas de substituição e a exigência de melhor assistência, a relação do pessoal de hospital para pacientes tem-se elevado de cêrca de 145 empregados por 100 pacientes, para 260 por 100 nos últimos 20 anos. Com as despesas trabalhistas subiram os preços do quarto de hospital. Os administradores de hospital ficam espantados com isso; afinal de contas, de muitas maneiras êles são os próprios responsáveis por essa situação.

A Dra. Leona Baumgartner, antiga comissária de saúde da cidade de New York, que está agora em Harvard, pode citar capítulo e verso para mostrar como os hospitais têm deixado atrás a realidade e estão reagindo daquela maneira «Quem, eu»? Quando o ribombar de 1940 estava começando, diz a Dra. Baumgartner, «eu recebia chamados no comêço de cada ano, pedindo minha previsão sôbre o índice de nascimento em perspectiva; eram pedidos de fabricantes de fraldas e alimentos de crianças. «Os hospitais faziam qualquer pergunta?», indaga ela retòricamente. «Não. Os médicos e os hospitais nada fizeram para atender a demanda provável». O mesmo aconteceu, diz a Dra. Baumgartner, com o aumento dos salários: «Êles foram apanhados desprevenidos quando a lei do salário-mínimo lhes foi aplicada».

No espírito de Madison Avenue (avenida que congrega agências de propaganda nos Estados Unidos), os hospitais fazem jôgo de palavras. A «Blue Cross» e a maioria das outras companhias de seguro, pagam por um quarto semi-particular. Em muitos hospitais, isto pode fazer com que uma enfermaria com 4 leitos seja considerada um quarto semi-particular.

Índices de ocupação, são tão importantes para os hospitais como para os hotéis. Levando em conta as despesas gerais, pode custar ao hospital acima de US$ 40 por dia para manter um leito semi-particular, mesmo quando êle esteja vazio. O seu custo é sòmente cêrca de US$ 3 a US$ 5 por dia a mais quando está ocupado, o que corresponde às refeições do paciente. Porém um leito vazio não dá lucros, enquanto que o leito ocupado, rende dólares. Em conseqüência, enquanto virtualmente nenhuma cirurgia é realizada nos fins de semana, é comum a prática de admitir casos cirúrgicos às sextas-feiras. Isto mantém o leito preenchido, proveitosamente para o hospital, até o domingo, quando o paciente toma sua primeira dose de medicamentos, preparando-se assim para o trabalho de 2ª-feira em preparação à operação de 3ª-feira.

Muito mais do que é feito ao paciente no hospital é esquematizado sem que lhe seja dado a menor satisfação. O que o corpo clínico entende como super-eficiência parece, no momento em que surge ao redor do paciente, meramente frenético, e é altamente desconfortante. «Êles me acordaram para me dar um comprimido de dormir» pode ser queixa de autenticidade duvidosa. Mas constitue ainda prática comum, acordar um paciente às quatro horas da manhã para lhe administrar uma de suas incontáveis drágeas multicoloridas, e talvez outra, uma hora ou duas mais tarde, para uma tomada de temperatura ou injeção hipodérmica. Estas queixas gerais, aparentemente insignificantes, são sintomáticas da atmosfera despersonalizada de muitíssimos hospitais. Igualmente é lastimável o barulho que torna difícil dormir ou mesmo repousar.

MOTÉIS OU HOSPEDARIAS — Com raras exceções todo hospital de comunidade é um império em si. Seus clínicos e cirurgiões pedem e conseguem equipamentos e facilidades caríssimas para seu uso exclusivo, mesmo se um outro hospital, no quarteirão vizinho, não os usa na maior parte do tempo. Em Miami o «Hospital VA» possui um acelerador linear de US$ 100,000 para radioterapia do câncer, porém o «Cedars of Lebanon Hospital» está instalando o seu próprio. Nem um nem outro será usado a ponto de atingir sua capacidade. Em Los Angeles, num só distrito onde localizam-se vários hospitais, estão instalados 4 unidades de radiação cobalto-60, também para o câncer, onde uma, ou no máximo duas, seriam suficientes.

Os planejadores de hospitais vêm sustentando durante anos que hospitais de assistência à casos de emergência para os pacientes sèriamente doentes constituem sòmente uma parte do complexo de que se necessita. Devia existir, dizem êles, uma unidade tipo motel para a qual um homem pudesse guiar seu próprio carro quando desejasse fazer um «checkup», onde pudesse viver como um ser humano saudável, e ir ao restaurante para suas refeições, meramente seguindo as instruções dietéticas de seu médico.

De outro lado, devia haver uma espécie de casa para pacientes não inteiramente em condições de ir para casa que ainda necessitassem algum cuidado de enfermagem porém, não durante 24 horas por dia, e que pudessem prover a si mesmos em uma sala de refeições. Os planejadores não têm sido muito persuasivos. Os administradores de hospitais têm dado maior ênfase à idéia sem nada realizar.

Inúmeros hospitais têm sido e ainda estão sendo edificados em lugares impróprios por razões erradas. Sob o «Hill Burton Act» de 1946, qualquer vila poderia levantar fundos para ter o seu minúsculo hospital de 20 a 30 leitos, e muitos o fizeram. Êstes não são sòmente anti-econômicos mas péssimos para a medicina, diz o cirurgião Alton Ochsner de New Orleans: nenhum hospital com menos de 100 leitos é mèdicamente viável, e sugere que nenhum deveria ter mais do que 600.

Um problema básico dos hospitais de hoje, como dos médicos de nossa época, é que êles têm sido equipados e ajustados para o atendimento de casos agudos. De fato, diz o importante homem de «Palo Alto», Dr. Russel V. Lee (pai de Philip e de outros médicos da família): «30% dos pacientes de um hospital num dado instante não deviam estar lá. Êles foram admitidos seja para a realização de alguns exames, com o fim de obter a cobertura de algum seguro, ou passaram o período agudo de sua doença que já terminou. Êles deveriam estar em alguma espécie de alojamento para convalescentes onde o custo deveria ser 40 ou 50% menor».

REFERÊNCIA AS BLUE CROSS E BLUE SHIELD — Quando a idéia de seguro voluntário de saúde germinou nos Estados Unidos em 1930, os atuários insistiam em: o que fôsse coberto devia ser em quantificado de modo que pudesse ser avaliado. Acharam a hospitalização como uma coisa tangível e assim nasceu a «Blue Cross». Entretanto as definições de despesas hospitalares são tão complexas, que desde então, conquanto tenha se expandido em 45 estados, a «Blue Cross» tem sido envolvida em disputas com os departamentos estaduais de seguro a respeito de preços.

O que a «Blue Cross» deve reembolsar varia de estado para estado, e em cada um, de acôrdo com o plano escolhido. Alguns planos da «Blue Cross» no Oeste cobrem os honorários médicos do paciente inter-

nado, o que no Leste é pago pela «Blue Shield». Quaisquer que sejam suas limitações, foi tal o sucesso da «Blue Cross» que as companhias comerciais logo tentaram rivalizar-se com ela.

O problema com tôda a cobertura tanto para a «Blue Cross» e a «Blue Shield» como para as companhias comerciais, era o de não ser um seguro saúde, conquanto fôsse amplamente apresentado como tal. Êle foi, e em grande parte permanece, um seguro-doença. Longe de premiar a medicina preventiva e a conservação da saúde, êle premia a doença. Até recentemente, a maioria dos planos da «Blue Cross» não cobria a assistência extra-hospitalar, e especìficamente excluía os exames auxiliares de diagnóstico.

O resultado tem sido conivência para defraudar os seguradores. Freqüentemente se uma mulher necessita fazer um exame pélvico, que necessàriamente não precisaria ser feito em um hospital, seu médico inventa um diagnóstico sem importância, de leucorréia ou dismenorréia (que pràticamente tôda mulher tem ou teve) e a interna por dois dias. O seguro paga virtualmente tôda a conta hospitalar e, se a família tem cobertura do tipo da «Blue Shield», a conta médica também é paga. Para Mark Berke, diretor do «Mount Zion Hospital», em São Francisco, o sistema «premia mais o paciente quando êle está na horizontal que quando está na vertical».

O cirurgião-chefe Stewart diz: «para atendimentos ocasionais da classe de médio rendimento as «blues» fazem um razoável negócio. Porém não existem benefícios suficientes para consultas, medicamentos, pacientes não internados e muitas outras coisas. No máximo as «Blues» ainda pagam sòmente cêrca de 35% das despesas médicas de um segurado. E para as doenças crônicas, mesmo o indivíduo segurado totalmente fica em dificuldades».

Conquanto em grande parte as «Blues» e as companhias de seguro-saúde comerciais possam ficar bem, elas ainda levam provàvelmente desvantagens em comparação com os planos da prática de grupo de pagamento antecipado, em dois pontos chaves: hospitalização e cirurgia. Em 1966 as «Blues» registraram 876 pacientes-dias no hospital por 1.000 segurados (excluídos casos de maternidade), enquanto os planos de prática de grupo tiveram sòmente 408. Os segurados da «Blue Shield» tiveram 73 operações por 1.000, enquanto os segurados de grupos tiveram 31. Relativamente a amígdalas e adenóides, a disparidade foi ainda maior: 8,4 para 1,9.

Atualmente tanto as «Blues» como as comerciais estão sendo abarrotadas pela «Medicare». A despeito de longos anos de controvérsia inflamada que precederam sua ratificação, a «Medicare» não tem causado nenhum protesto em medicina, em geral. As internações hospitalares de pessoas idosas têm aumentado, em muitas áreas, por não mais do que 5%. Na realidade, os hospitais que costumavam fazer muita caridade, e tratavam seus pacientes como indigentes, estão perdendo êstes pacientes para os hospitais voluntários. Pela primeira vez, êles podem escolher.

OS AUXILIARES DE MÉDICO — Menos de dois anos atrás, o então presidente da A.M.A., Dr. Milford O. Rouse, de Dallas, protestou contra o que considerou a heresia de considerar a assistência médica como um direito mais do que um privilégio. «Hoje», diz Walter McNerney, presidente da Associação Nacional da «Blue Cross», «está firmemente aceito que ninguém fica sem assistência médica desde que a necessite. Esta batalha terminou». Os problemas agora são: Como proporcioná-la? Como deve ser paga? E quão boa deve ser?

Há a convicção crescente de que o melhor método de proporcioná-la é pelo «sistema satélite». No centro de cada sistema deve ficar uma escola de medicina universitária, com seus hospitais filiados, ou algum centro médico como a Clínica Mayo, o qual pode não ser parte de uma escola médica porém deve ter igual reputação. O primeiro anel de satélites seria dos hospitais de comunidade. O segundo anel seria constituído pelos centros de saúde de comunidade, alguns semelhantes aos centros da Repartição de Oportunidades Econômicas, agora operando em locais tão estranhos como Boston, Mass. e Mound Bayou, Miss. (TIME, Nov. 29). Êstes outros poderiam ter seus próprios satélites; em zonas onde as distâncias são grandes e a população é pequena, êles poderiam ser dirigidos por um auxiliar ou assistente de médico, um recém-formado do pessoal para-médico, com habilidades e treinamento equivalentes àqueles dos homens do corpo médico das Fôrças Armadas.

ALGUNS CONSELHOS PARA VENCER AS DIFICULDADES DE HOJE — Para conseguir sistemas satélites dentro de suas próprias órbitas é necessário o planejamento regional. Algumas áreas voluntàriamente têm começado tal planejamento. Para as demais, diz o cirurgião de Houston, Michael E. DeBakey, talvez seja necessário que o Govêrno Federal estabeleça normas e as faça cumprir. Um plano de área ou zona tem sido iniciado pela Universidade de Oklahoma sem tal incitamento e cobrirá o Estado. Sua clínica, como a que está operando em Wakita, terá três médicos: um clínico geral, um pediatra e um médico para obstetrícia e ginecologia. Com três homens trabalhando, um dêles pode sempre ter a possibilidade de gozar férias ou freqüentar cursos de atualização. Êles terão pronto acesso aos numerosos especialistas dos centros médicos. Os três médicos concordaram em lá permanecer por um certo número de anos. Os cidadãos de Wakita e do município vizinho de Grant reservaram US$ 500,000 para uma clínica de 27 leitos e um alojamento de enfermeiras de 24 leitos.

Conseguir pessoal para os satélites permanece um problema, e os assistentes de médico constituem provàvelmente a melhor solução. Êstes homens e mulheres podem substituir os médicos em alguns setores, e em tôda a parte podem aliviar os médicos, poupando-lhes tempo em trabalhos de detalhes. Dêsses trabalhos, desde a anamnese até a colheita de sangue, êles podem fazer realmente melhor do que muitos médicos. A Universidade de Duke é a pioneira no treinamento de auxiliares médicos. Tem 31 em seu curso de 2 anos e logo terá 50. Três outras escolas estão imitando-a, e 50 estão em vias de fazê-lo. Os números ainda são pequenos, porém se a experiência frutificar, êles podem ràpidamente ser aumentados.

Com o pessoal aumentando, a despesa anual dos Estados Unidos com a Assistência Médica continuará a subir, porém em compensação mais assistência será prestada. Como pagá-la, permanecerá um problema em todos os sentidos. «Todos ou virtualmente todos os americanos são agora mèdicamente indigentes», diz o economista Pollack. «Seguro saúde para todos tem de tornar-se uma necessidade». O Dr. Philip Lee diz: «O govêrno federal terá de corrigir deficiências do sistema privado. O seguro privado funciona bem para o empregado em atividade, porém fracassa quando se trata de pessoas idosas ou desempregadas».

O govêrno deve resolver êsses problemas. Antes da última eleição de novembro, o antigo chefe de Lee, o ex-Secretário da Saúde e Bem-Estar, Dr. Wilbur Cohen, tinha sôbre sua mesa um plano para estender a assistência médica de modo a proporcionar assistência nos casos agudos a todos os americanos. Alguns sugerem estendê-la às crianças, desamparados, e talvez a todos os indigentes (Medicaid) tendo provado não ser mais eficiente do que um emplastro na maioria dos estados. McNerney tem pressionado no sentido de fazer com que os planos da «Blue Cross» aumentem sua cobertura. Um homem prático sabe perfeitamente que encurtando simplesmente em 1 dia a duração média de internação dos pacientes, seria feita uma economia acima de US$ 1 bilhão.

DO PASSIVO PARA O ATIVO — Reuther, da U.A.W., antes insultado, porém agora amplamente elogiado por recomendar o seguro saúde vinculado aos contratos de sindicato, continua dizendo que logo anunciará planos de seguro saúde de amplitude nacional, mas não tem dado detalhes. O Senador Edward Kenne-

dy está favorecendo, em princípio, algumas propostas neste sentido. Nenhum estudante sério de problemas médicos dos Estados Unidos, acredita que a nação está pronta ou aceitaria para um futuro previsível, um sistema semelhante ao do Serviço Britânico Nacional de Saúde. Tôdas as sugestões em pauta, prevêm a continuação da livre iniciativa em matéria de assistência médica, porém um sistema mais responsável de livre empreendimentos, com possibilidade de participação do govêrno federal e estadual para benefício mútuo.

A expectativa é de que os planos particulares predominem. Existe um clamor crescente da parte dos usuários de se libertarem de sua situação passiva, para uma situação de voz ativa. Um que deve apoiá-los é Berke, de San Francisco, presidente eleito do A.H.A. A associação, diz êle, instalará logo um forum nacional do usuário, e Berke gostaria que êle incluisse não sòmente os representantes dos grupos usuários, como as associações trabalhistas, as donas de casa e outros indivíduos que têm sido envolvidos no problema da assistência médica.

Um dos mútuos sinais esperançosos de mudança no horizonte da assistência médica vem dos homens e mulheres jovens que, daqui a 3 ou 4 anos, estarão provendo grande parte daquela assistência como internos e residentes. Através do continente, Cherkasky, de New York, declara que há agora «um número substancial de estudantes de medicina que não colocam o problema econômico acima de tudo o mais». Êstes jovens desejam encontrar em sua profissão um desempenho social assim como um meio de viver decentemente. Êstes meninos são maravilhosos. Êles estão mesmo começando a forçar alterações no «curriculum». Êles não acham que a biologia molecular é mais importante do que o povo.

HOMENS DA MEDICINA FAMILIAR — Outra revelação prometedora foi anunciada na semana passada em Chicago. Durante anos a Academia Americana de Clínica Geral tem estado lutando para ter seu ramo da profissão reconhecido como uma especialidade, a despeito da contradição em têrmos. Agora, depois de muitas comissões e conferências, a A.M.A.'s Council on Medical Education e a Advisory Board for Medical Specialties atenderam ao apêlo dos clínicos gerais e concordaram em deixar os mesmos tornarem-se especialistas em «medicina de família». O presidente da Academia Americana de Clínica Geral, Dr. Maynard Shapiro, de Chicago, tornou claro que nenhum clínico geral conseguirá o elevado título sem se esforçar por êle. Não haverá nenhuma cláusula favorecedora para concessão automática do certificado dos atuais membros. Cada clínico geral terá de dispender no mínimo 300 horas de estudo post-graduação reconhecido para merecê-lo.

Shapiro disse: «O nôvo médico de família será um conselheiro familiar na doença e na saúde. Estará habilitado igualmente na arte e na ciência da medicina. Terá treinamento em psiquiatria, psicologia, sociologia, antropologia e economia de maneira a lidar com todos os aspectos dos problemas do paciente». Shapiro acrescentou: «O homem da medicina familiar trará de volta a compaixão do médico da família dos velhos tempos».

Os médicos estão inclinados em afirmar que medicina é igualmente arte e ciência. O fato é que até a metade do século passado era virtualmente tôda arte com muito pouco de ciência. Recentemente tem se tornado virtualmente tôda ciência, e o que quer que permaneça como arte tem freqüentemente sido obscurecido pelo materialismo e pobre organização. Hoje não sòmente os pacientes estão descontentes mas também um grupo crescente de orientadores da opinião e ativistas na vida pública e na medicina em si mesma, reconhecem seus defeitos, e sabem que podem ser remediados. Ainda demorará para que um sistema melhor organizado preste a assistência médica. Demorará mesmo mais tempo para que os nossos tipos de médicos de família e graduados em medicina obtenham seus títulos para exercerem a sua profissão como clínicos gerais em tôda a nação. Quando fizerem, a medicina dos Estados Unidos poderá, então, tornar-se a melhor do mundo.

HISTÓRIA DE 3 CASOS — Quase todo americano tem sua narrativa pessoal de angústia a respeito de um encontro com um médico ou hospital. Muitos, sem dúvida, também tem contos de vitória, e são geralmente pessoas cujas vidas foram salvas pela habilidade médica. Se um americano cai dentro de uma ou de outra categoria, é muitas vêzes uma questão de sorte. Estas histórias de casos reunidos, de uma amostra feita por repórteres do TIME, resumem as experiências de três pacientes razoàvelmente típicos.

1 — Jewell Whelan, agora com 38 anos, tem tido tanta dificuldade com seus médicos como com sua vesícula biliar, por um período superior a 16 anos. Espôsa de um inspetor de fábrica em Compton, Califórnia, queixou-se de estar com dores no tórax em 1953, logo depois do nascimento de seu segundo filho. As dores surgiam após as refeições, porém cada vez desapareciam antes de consultar seu médico. «Indigestão», dizia êle, e prescrevia uma dieta branda. Assim foi até 1957. Desgostosa, Jewell mudou então de médico e o via 4 vêzes por ano. Tudo que prescrevia para sua dor era dieta branda. Ainda não satisfeita, Mrs. Whelan mudou novamente de médico em 1967 e obteve o mesmo tratamento, ou nenhum.

Em princípios de outubro p.p., Jewell Whelan sentiu tal dor que exigiu uma atenção total. Primeiro houve uma consulta de US$ 7,00 com uma contagem de sangue e análise de urina por US$ 9,90. Uma segunda consulta incluiu raios X da porção superior gastro-intestinal e vesícula biliar, por US$ 60,50, e uma segunda série da vesícula custou US$ 22,00. Do total de US$ 106,40, seu seguro compreensivo John Hancock pagou do total apenas US$ 12,88. A sra. Whelan tinha lutado em tempo. O exame radiológico revelou uma vesícula biliar inflamada com numerosas pedras.

Não confiando em seu terceiro médico, a sra. Whelan procurou um bom cirurgião geral. Êle não poderia atendê-la nos próximos dois dias. Durante a segunda noite, a sra. Whelan vomitou bile verde. O cirurgião não pode ser encontrado, então James Whelan teve de chamar o último médico. Êle mandou Jowell W. para um hospital particular, onde tomou uma injeção para tirar a dor e foi enviada de volta à sua casa. Na manhã seguinte, a radiografia de uma semana em mãos foi finalmente atendida pelo seu cirurgião. Após o exame dos filmes, foi enviada para o «Long Beach Memorial Hospital».

Na manhã seguinte, foi retirada a sua vesícula biliar, com duas pedras grandes e certa quantidade de «areia» flutuante, que podia explicar sua persistente dor no peito. «Os internos disseram-me que a minha era a vesícula mais «quente» que êles tinham visto», diz Jewell Whelan. Mas depois de oito dias, foi para casa e agora está bem. A conta: diária hospitalar US$ 360,00; TV e telefone US$ 3,00; outras despesas hospitalares (taxas de laboratório, raios X, sala de operação, etc.) US$ 265,90; anestesista US$ 115,00; honorários do cirurgião US$ 400,00; assistente do cirurgião, US$ 80,00; atendimento do cirurgião no consultório US$ 40,00. Total US$ 1.260,90, do qual o seguro cobrirá apenas US$ 155,00.

2 — Leah Edwards, 10 anos de idade, filha de um administrador de companhia de equipamentos de Houston, começou a ter dores na região lombar no último verão e urinava com dores. Leah foi levada ao Hospital Geral de Tidelands, onde uma semana de testes mostrou que seus rins deviam estar doentes há mais de anos e um dêles quase não funcionava. Por causa de um defeito nos ureteres, sua urina não estava sendo eliminada diretamente através da bexiga, mas voltando para cima, dentro dos rins. Um especialista recomendou medicação paliativa por um período indefinido a US$ 35,00 por semana como uma alternativa da cirurgia.

Contudo a mãe de Leah, Charlene Edwards, que trabalha como conferente numa mercearia quando não está no hospital, decidiu que a família não poderia arcar com tais contas de medicamentos e optou pela operação. «Leah estava em um quatro semi-particular no velho

Hospital de Crianças do Texas com duas outras crianças», diz Mrs. Edwards, «porém havia uma só cadeira e nenhuma acomodação para os pais das crianças. Sangue era freqüentemente derramado no soalho e lá deixado durante dias. Mas os médicos e enfermeiras eram bondosos e atenciosos, e, de certa maneira, tivemos muita sorte; aquêle tipo de operação tem sido realizado há apenas 12 anos».

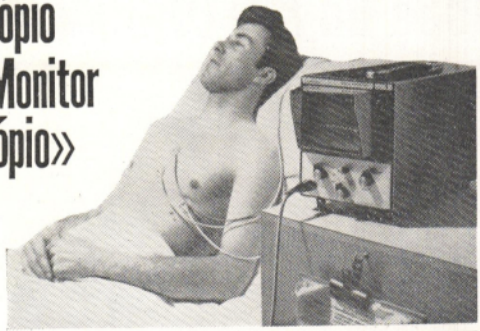
Enquanto Leah está passando bem, as finanças dos Edwards não estão. A despeito da «Blue Cross», precisam conseguir US$ 800,00 para as despesas de médico e da operação.

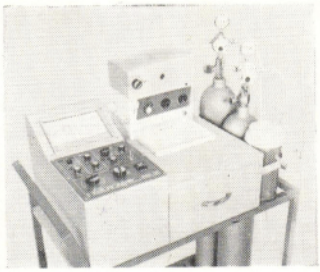
3 — Clyde L. Anderson, 51 anos de idade, cresceu em «Salt Lake City». Com o físico que tinha, foi bem sucedido nas competições esportivas e transportou sua habilidade competitiva para os negócios. Desde 1953 como chefe de venda na estação de rádio Knak. «Andy» Anderson fumava 3 maços por dia. Há 7 anos, quando estava se sentindo mal, porém nada tinha especificamente errado, um amigo sugeriu que êle procurasse o Dr. Irving Ershler. Trabalhando em regime de tempo parcial no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Utah, Ershler aceitava pacientes particulares sob contrato para a prestação de tôda assistência clínica (exceto de cirurgião) por US$ 150,00 por ano.

Na noite de domingo do fim de semana do «dia do Trabalho» em 1967, Andy estava se aprontando para se deitar quando uma dor aguda surgiu em seu braço esquerdo. «Era uma dor inacreditável», diz êle, «e eu sabia que estava em situação difícil. Eu sabia que Irving estava na sua cabina de fim de semana. Minha espôsa o chamou e levou-me de carro para o hospital». No Latter-Day Saints Hospital, um interno ordenou um eletrocardiograma. A evidência de uma oclusão coronária estava impressa quando Ershler chegou, sòmente 20 minutos mais tarde.

Anderson teve uma noite agitada. Conquanto fôssem logo usados processos de ressuscitação cárdio-pulmonar, seu coração parou 4 vêzes. Então Ershler e Russel Nelson, cirurgião de tórax, levaram-no para uma sala de operação, e lá através de uma veia em seu braço, colocaram um «pacemaker». Diz Ershler «Seu coração parou duas vêzes enquanto estávamos colocando o «pacemaker». Uma vez colocado, ficamos controlando». Anderson teve uma boa recuperação em 4 semanas. Quando estava deixando o hospital, uma enfermeira desejando despedir-se dêle disse: «Voce foi um dos quatro cardíacos que trouxeram naquela noite, e pensamos que salvaríamos os outros, exceto você. Em vez disso, perdemos todos os outros e você salvou-se». Diz Anderson: «Desde então não fiquei doente um dia sequer». (Não fuma mais). Anderson teve sorte porque foi levado a um hospital moderno, pròpriamente equipado, que dentro de minutos pode assisti-lo.

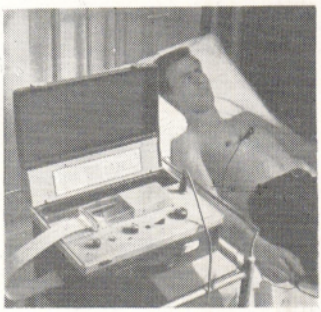
Cardioscópio «ECG. Monitor Osciloscópio»





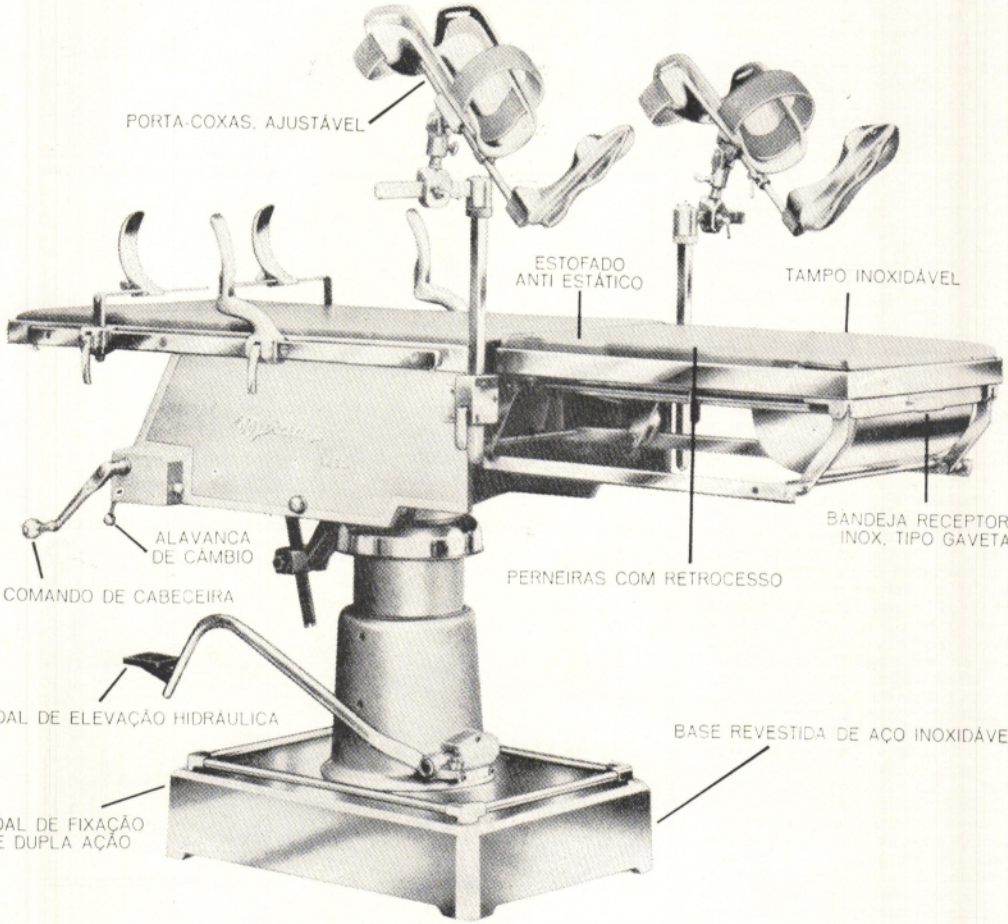
Analisador de pH, PO_2 e PCO_2 no sangue Modêlo 48 C

Eletrocardiógrafo «Transrite 4»



Representante exclusivo da
Cambridge Scientific Instruments Ltd.
com estoque e oficina de consertos própria
ALTMANN S/A
Importação e Comércio
Rua Florêncio de Abreu, 36 Sala 701 a 705
Fones: 35-8660 e 32-7597 — São Paulo

Mesa de Parto-mod. MI-106



IMEC - UM QUARTO DE SÉCULO - 1942 - 1967

Indústria Mecano Científica S/A. "MERCEDES-IMEC"

Rua Mercedes, 203 - Lapa - Fones: 260-0261 - 260-0973
Caixa Postal 11895 - Endereço Telegráfico "Científica"

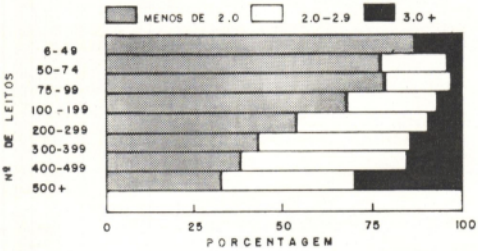
4 - Serviços de laboratório e respectivos custos

Êste é o quarto artigo de uma série de Perfis Administrativos, a analisar os fatôres que contribuem para que as despesas por paciente-dia e por alta sejam mais elevados em hospitais maiores.

O número de exames de laboratório, para pacientes internados, aumenta de forma constante de hospitais menores para os de maior porte.

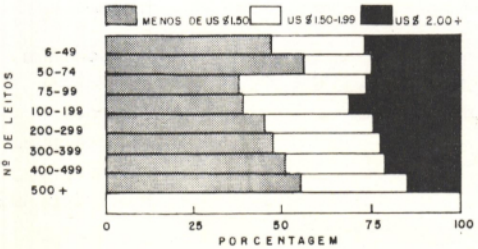
Dados de 1.192 hospitais de comunidade revelam que mais de 75% de hospitais com menos de 100 leitos realizam exames de laboratório, referentes a pacientes internados, em número inferior a dois por paciente-dia, enquanto que sòmente 35% de hospitais, com 400 leitos ou mais, executam menos de dois exames por paciente-dia (V. fig. 1).

FIGURA 1



Como o demonstra a porção central sombreada da fig. 1, a proporção de hospitais, que apresentam número mais elevado de exames por paciente-dia, aumenta consistentemente com cada grupo de hospitais de maior tamanho.

FIGURA 2



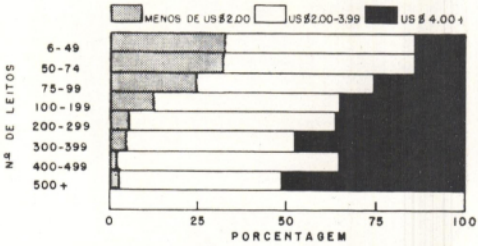
Êstes mesmos dados indicam que o custo por exame de laboratório difere apenas levemente entre os diferentes grupos de hospitais (V. fig. 2). Em hospitais com 100 ou mais leitos, e referente a cada grupo de hospitais maiores, existe leve tendência de custos ligeiramente inferiores por exame, indicando economia decorrente ao maior volume.

Ao mesmo tempo, uma proporção maior, entre os grupos de hospitais com menos de 100 leitos, apresenta nível de despesas inferior por exames, relativamente aos hospitais com 100 ou mais leitos.

Esta diferença pode refletir o tipo de exames que são realizados nas várias instituições, em todo o caso as diferenças são pequenas.

Para se obter as despesas de laboratório por paciente-dia multiplicam-se o número de exames de laboratório por paciente-dia pelo custo unitário do exame: as tendências em ambos os casos encontram-se realçadas no resumo de gastos de laboratório por paciente-dia. Assim, os gastos de laboratório por paciente-dia tendem a aumentar dos grupos de hospitais de tamanho menor para os de tamanho maior (V. fig. 3).

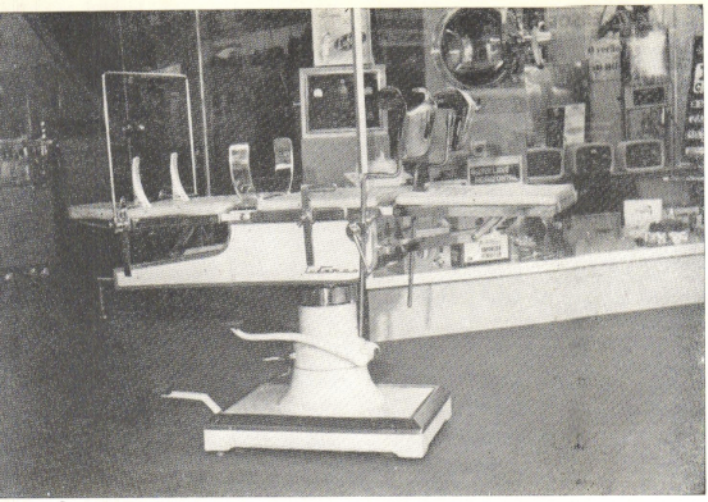
FIGURA 3



Êstes dados mostram que pouco mais de 20% dos hospitais, com menos de 100 leitos, têm despesas de laboratório acima de US$ 4.00 por paciente-dia; enquanto que mais de 40% dos hospitais com 400 ou mais leitos tem despesas de laboratório além de US$ 4.00 por paciente-dia.

Desde que hospitais maiores tendem a ter permanência média mais longa relativamente a hospitais menores, as despesas de laboratório por alta mostram aumento mais acentuado dos grupos de hospitais de menor para os de maior tamanho.

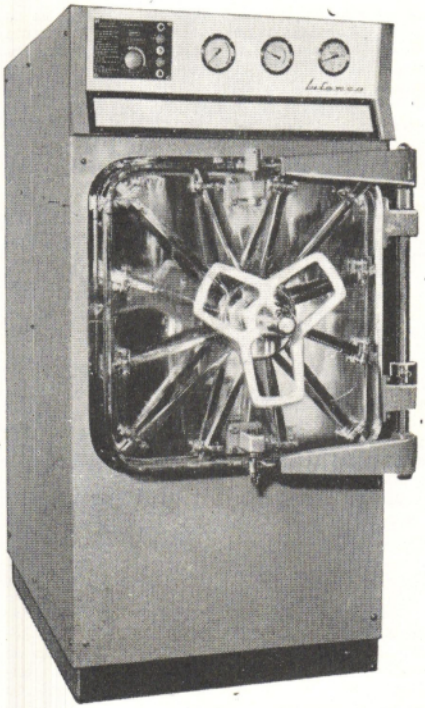
Dados fornecidos por 1.192 hospitais de comunidade para o Hospital Administrative Service (USA) referente a outubro de 1967. O número de hospitais informantes em cada grupo foi: 6 — 49: 103; 50 — 74: 132; 75 — 99: 102; 100 — 199: 359; 200 — 299: 237; 300 — 399: 119; 400 — 499: 81; acima de 500: 59



Os hospitais de todo o Brasil usam produtos de nossa fabricação. Financiamento a longo prazo, além da GARANTIA DE QUALIDADE. Faça também uma consulta, sem compromisso, sôbre nossos equipamentos hospitalares. CIRURGIA — QUÍMICA — APARELHOS PARA LABORATÓRIO APARELHO PARA ENGENHARIA — ELETRICIDADE MÉDICA — INDÚSTRIA FARMACÊUTICA e MÉDICO-HOSPITALAR.

A segurança que o sr. exige...

ESTERILIZAÇÃO — AUTOCLAVES LUFERCO



ÚNICOS FABRICANTES, no Brasil, das autoclaves de ciclo totalmente automático, pré-programado, de pressão uniforme e constante.

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

2 — Admissão de Vapor pela parte posterior, superior da câmara de esterilização, (através de disco dispersor) e saída pela parte anterior inferior (através de dreno telado removível) para obrigar a eliminação do ar, por gravidade.

3 — Exaustão através de funil de descarga, para impedir a contaminação da autoclave por aspiração de água do esgôto.

4 — Purgadores Termostáticos (e não termo-dinâmicos) indispensáveis para eliminar o ar e condensado da câmara interna e externa.

5 — Válvula de segurança testada e regulada na fábrica, para disparo automático, sem possibilidade de ser ajustada pelo operador.

6 — Manômetros robustos, de grande sensibilidade, para contrôle da pressão das câmaras interna e externa.

7 — Câmaras em chapa de aço inoxidável, soldadas a argônio (e não rebitadas). Prateleira perfurada, para livre saída do ar de dentro dos pacotes.

8 — Isolação térmica eficiente, para evitar perda de calorias e aquecimento do ambiente.

9 — Volante com protetor plástico, para previnir queimaduras.

10 — Pés ajustáveis, para regulagem de nível (uma das causas do umedecimento de pacotes).

11 — Porta, de suspensão robusta e perfeito encaixe paralelo, com trava de segurança automática (impossibilitando o perigo da abertura da porta durante o ciclo de esterilização).

12 — Garantia de absoluta esterilidade (teste com esporos de bacilos subtilis), por 10 anos.

CENTROS CIRÚRGICOS.

CENTROS DE MATERIAL.

MATERIAL DE INTERNAÇÃO E MATERNIDADE.

INSTRUMENTOS EM GERAL

LUTZ FERRANDO

ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S.A.

AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 325
Fones: 220-2422 - 220-2995 — São Paulo

LARGO SÃO FRANCISCO, 34
Fone: 43-2955 — Rio de Janeiro

AVENIDA MARTINS DE BARROS, 593 — Ala Sul
Grande Hotel — Fone 4-0280 — Recife

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

Cadastro hospitalar brasileiro

Perdurando, atuante, a lacuna existente no levantamento estatístico hospitalar, setor em que nem a recente tentativa oficial, o "Questionário Hospitalar" de 1964, logrou êxito, o I.P.H., ciente das graves implicações que decorrem da falta dessas informações, resolveu lançar a iniciativa da atualização do Cadastro Hospitalar Brasileiro.

Para esta tarefa, a que se dispõe, vale-se do imprescindível apoio das entidades oficiais e particulares, de cuja estreita colaboração vai depender o seu sucesso.

O programa traçado visa a atingir êste objetivo, paulatinamente, por etapas sucessivas, mediante consultas e inquéritos, a longo prazo, iniciando pela publicação da lista de todos os Hospitais do Brasil, para depois editar, sucessivamente, novas relações, com novos elementos e dados mais pormenorizados e precisos.

Dependendo do grau de cooperação das instituições e dos órgãos informantes, os futuros cadastros poderão oferecer valiosas particularidades, inclusive sôbre a Mesa Administrativa, o Administrador do Hospital, Corpo Clínico, Serviço Social, Enfermagem, Dietética, Manutenção, etc., suplementados por nomes, cursos, e outros dados concernentes a seus componentes e julgados úteis ao fomento das relações entre os hospitais.

Visando, também, a ir ao encontro da indústria e dos fornecedores, procurará trazer informes e demais equipamentos de que disponham nossas instituições.

A intenção é proceder a revisões periódicas de modo a manter a família hospitalar bem informada, através de um cadastro sempre em dia. O que ora se publica, nas páginas que se seguem, não pretende ser o "Cadastro Hospitalar do Brasil"; é antes, uma compilação, o quanto possível completa, de dados obtidos das fontes consultadas e publicações existentes.

Constitue o início modesto, a base para a efetivação das pesquisas e o meio para estabelecer os contatos. O trabalho será árduo para todos, mas os benefícios, compensadores para a coletividade.

Nesta publicação, são focalizados os hospitais do Estado do Espírito Santo, seguir-se-ão, em ordem alfabética, as demais unidades da Federação.

Para a coleta de dados, será enviado um exemplar da Revista, a cada uma das instituições, acompanhado da solicitação de confirmação e complementação dos elementos impressos, dos deixados de relacionar, e a correção de falhas e omissões, bastando para tanto, preencher a fôlha de inquérito anexa.

Idêntica gestão será feita junto ao Ministério da Saúde, Previdência Social, Governos e Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, órgãos de estatística, Associações Médicas, Para-médicas, Hospitalares e de Enfermagem, entidades filantrópicas e religiosas, vinculadas à assistência hospitalar, etc. Os dados, assim obtidos, serão analisados, interpretados e uniformizados.

Os questionários iniciais restringir-se-ão a poucos dados, por vez.

Assim, neste inquérito, são ao todo formulados 8 quesitos, gerais, e referem-se a: Identificação (nome e endereço da Instituição), população da cidade, data da fundação da Instituição, dependência (se oficial, particular etc.), finalidade (geral, especializada etc.), número de leitos, instalações básicas (Raios X, Laboratório, Lavanderia, etc.), e número de pessoal (médicos, enfermagem e outros).

O primeiro objetivo talvez se constitua no mais difícil, pois trata de conseguir, primordialmente, o relacionamento completo de tôdas as instituições assistenciais, com seus respectivos nomes e endereços.

Êste levantamento, por si, já constitue uma importante conquista, a justificar a mobilização que ora se empreende da Família Hospitalar Brasileira.

O segundo passo cuidará da revisão dos dados e da sua complementação com elementos cada vez mais precisos e completos.

A terceira etapa será a da manutenção do cadastro, completo e atualizado.

A quarta, a computação dos elementos estatísticos e a sua divulgação, periòdicamente.

O I.P.H. agradece, antecipadamente, por mais essa conjugação de esforços e demonstração de espírito associativo.

JARBAS KARMAN
Presidente

1ª Pesquisa Para a Atualização do Cadastro Hospitalar Brasileiro

INFORMAÇÕES SOLICITADAS

I — NOME DA INSTITUIÇÃO .....

Endereço ..... Cidade .....

II — DATA DA FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....

III — POPULAÇÃO DA CIDADE ..... Habitantes

IV — DEPENDÊNCIA:

Oficial (1)
- a) Municipal .....
- b) Estadual .....
- c) Federal ou Autárquico .....
- d) Previdência Social .....
- e) Militar .....

Particular (2)
- a) Santa Casa .....
- b) Ordem Religiosa .....
- c) Filantrópico .....
- d) Não lucrativo .....
- e) Lucrativo .....

Outros (3) .....

V — FINALIDADE:

a) Atendimento geral ..... ☐

b) Atendimento especializado:

1) de doenças internas ..... ☐
2) de diabéticos ou doentes de metabolismo ☐
3) de cardíacos ou do aparelho circulatório ☐
4) de doenças transmissíveis agudas ..... ☐
5) de tuberculose ou aparelho respiratório ☐
6) de doenças da pele ..... ☐
7) de câncer ..... ☐
8) de doentes de lepra ..... ☐
10) de pênfigo-foliáceo ..... ☐
11) de doentes mentais ..... ☐
12) de nervosos e intoxicados .... ☐
13) de cirurgia geral ..... ☐

14) de pronto socorro e acidentados ..... ☐
15) de doenças das vias urinárias ..... ☐
16) de doenças do ouvido, nariz e garganta ☐
17) de doenças dos olhos ..... ☐
18) de maternidade ..... ☐
19) de crianças ..... ☐
20) de crônicos ou incuráveis ..... ☐
21) de convalescentes ..... ☐
22) de repouso e férias ..... ☐
23) de velhos ou geriatria ..... ☐
24) de cegos ..... ☐
25) de surdos-mudos ..... ☐
26) de aleijados ou inválidos .... ☐
27) de ortopedia ..... ☐
28) de outra especialidade ..... ☐

VI — NÚMERO DE LEITOS .....

VII — INSTALAÇÕES: (mencionar o número de unidades dos equipamentos essenciais)

GRUPO I

a) Ortopedia ....
b) Raios X — diagnóstico .... aparelhos e miliamperagem
c) Raios X — tratamento .... aparelhos
d) Radiumterapia ....
e) Oto-rino-laringologia ....
f) Oftalmologia ....
g) Cardiologia ....
h) Eletrocardiografia ....
i) Eletroencefalografia ....
j) Gabinete Dentário ....
k) Gabinete Fotográfico .....
l) Laboratório clínico . .....
m) Lab. Anat. Patológica .....
n) Central de Esteriliz. ..... autoclaves estufas, etc.
o) Lavanderia Própria . .....
p) Arq. Méd. Centralizado .....
q) Berçário ....
r) Lactário ....
s) Farmácia ....
t) Fisioterapia ....

GRUPO II

1) Terapia Intensiva ....
2) Reabilitação ....
3) Cozinha própria ....
4) Serviço de limpeza própria ....
5) Salas cirúrgicas .... salas
6) Sls. parto e pré-parto ..... salas
7) Ar condicionado ....
8) Caldeiras ....

VIII — NÚMERO DE PESSOAL:

Médicos ....
Enfermagem (diplomadas e auxiliares) ....
Outros, relacionados à enfermagem ....
Outros, em geral ....

IX — OUTRAS INSTITUIÇÕES do mesmo município, que não constam do cadastro: .....

Nome: ..... Endereço: .....
Dados: .....

X — OUTRAS INSTITUIÇÕES DE OUTROS MUNICÍPIOS, idem:

Nome: ..... Endereço: .....
Dados: .....

Usar fôlha suplementar, caso necessário

DATA: .....
INFORMANTE: .....
FUNÇÃO: .....
ENDEREÇO: .....

CADASTRO HOSPITALAR BRASILEIRO (em organização)

ESPÍRITO SANTO

NOME DA INSTITUIÇÃO E ENDEREÇO	Fundação	Classificação		Instalações		Pessoal			
(*) Ver chaves dos Códigos POR MUNICIPIO (Consta a população)	ANO	(*) Dependência	(*) Finalidade	Nº de Leitos	(*) Instalações	Médicos	Enfermagem	Outros rel. enfermagem	Outros, geral
AFONSO CLÁUDIO									
Hospital São Vicente de Paulo				45					
ALEGRE									
Casa de Caridade São José				68					
BAIXO GUANDU									
Hospital Dr. Jones Santos Neves				60					
Casa de Saúde e Maternidade N. S. da Penha				—					
BARRA DE SÃO FRANCISCO									
Hospital dos Lavradores				—					
Casa de Saúde e Maternidade São Francisco				16					
Casa de Saúde Santa Mônica				16					
CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM									
Hospital Infantil S. Fco. de Assis				—					
Hospital São João Batista				—					
Sanatório Samuel Libânio				37					
Sta. Casa de Miser. de Cachoeiro do Itapemirim				170					
Casa de Saúde e Maternidade São Pedro				22					
CARIACICA									
Hospital Colônia Adauto Botelho				382					
Sanatório Dr. Pedro Fontes				67					
CASTELO									
Santa Casa de Misericórdia de Castelo				74					
Abrigo Hospital Centro Espírita Luz e Trabalho				—					
COLATINA									
Casa de Saúde e Maternidade Santa Maria				34					
Casa de Saúde Santa Luzia				19					
Casa de Saúde Santa Martha				22					
Casa de Saúde Santa Rosa				20					
Casa de Saúde São Francisco				—					
Casa de Saúde São José				18					
Casa de Saúde São Sebastião				40					
Clínica Infantil Menino Jesus				8					
Hospital e Maternidade Dr. Sílvio Avidos				19					
Pavilhão para Tuberculosos Carlos Lindemberg				40					
CONCEIÇÃO DO CASTELO									
Hospital Padre Máximo				—					

NOME DA INSTITUIÇÃO E ENDEREÇO	Fundação	Classificação		Instalações		Pessoal			
(*) Ver chaves dos Códigos POR MUNICIPIO (Consta a população)	ANO	(*) Dependência	(*) Finalidade	Nº de Leitos	(*) Instalações	Médicos	Enfermagem	Outros rel. enfermagem	Outros, geral
CONDURÚ									
Matern. Hosp. da «Assoc. de Assist. dos Lavradores de Condurú»				—					
DOMINGOS MARTINS									
Casa de Saúde Dr. Artur Giuberti				—					
Hospital São Geraldo				17					
ECOPORANGA									
Casa de Saúde e Maternidade de Ecoporanga				12					
GUAÇUÍ									
Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí				42					
Policlínica de Guaçuí				6					
Casa de Saúde São Miguel				—					
GUARAPARI									
Policlínica dos Pescadores (Amb. Guarapari)				3					
IBIRAÇU									
Soc. Benef. e Cultura João Neiva				—					
ITAGUAÇU									
Casa de Saúde e Maternidade Santa Bárbara				36					
Casa de Saúde Santa Rosa				12					
ITARANA									
Clínica Dr. Adhemar Mirabeau				10					
IÚNA									
Santa Casa de Iúna				31					
JACIGUÁ									
Hospital Padre Olívio				—					
JERÔNIMO MONTEIRO									
Hospital Rural da União dos Lavradores de Vala do Souza				—					
LINHARES									
Hospital de Linhares				—					
Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição				7					

NOME DA INSTITUIÇÃO E ENDEREÇO	Fundação	Classificação		Instalações		Pessoal			
(*) Ver chaves dos Códigos POR MUNICIPIO (Consta a população)	ANO	(*) Dependência	(*) Finalidade	Nº de Leitos	(*) Instalações	Médicos	Enfermagem	Outros rel. enfermagem	Outros, geral
MIMOSO DO SUL									
Hospital Apóstolo Pedro				50					
MONTANHA									
Hospital e Maternidade de Montanha				—					
MUNIZ FREIRE									
Casa de Saúde e Maternidade de Muniz Freire				—					
Sta. Casa de Miser. «Jesús Maria José»				—					
MUQUI									
Dispensário Médico-Social Ana Fraga				4					
Hospital Infantil de Muqui				40					
Maternidade Martagão Gesteira				47					
NOVA VENÉCIA									
Hospital Nova Venécia				7					
Casa de Saúde e Maternidade de Nova Venécia				10					
Hospital São Marcos				—					
Soc. Benef. São Vicente de Paulo				—					
PANCAS									
Casa de Saúde Santa Branca				—					
SANTA LEOPOLDINA									
Casa de Saúde Santa Maria				10					
SANTA TERESA									
Hospital Mães do Bom Conselho				42					
SÃO GABRIEL DA PALHA									
Casa de Saúde São Gabriel				10					
SÃO JOSÉ DO CALÇADO									
Hospital São José				52					
SÃO MATEUS									
Hospital e Maternidade São Mateus — Ex-Hosp. Regional				16					
VILA VELHA									
Conf. S. Vicente de Paulo de S. Torquato				—					
Policlínica e Hospital Infantil Antônio Aguirre				40					

NOME DA INSTITUIÇÃO E ENDEREÇO	Fundação	Classificação		Instalações		Pessoal			
(*) Ver chaves dos Códigos POR MUNICIPIO (Consta a população)	ANO	(*) Dependência	(*) Finalidade	Nº de Leitos	(*) Instalações	Médicos	Enfermagem	Outros rel. enfermagem	Outros, geral
VITÓRIA									
Casa de Saúde Governador Bley				87					
Casa de Saúde e Maternidade Dr. Dorio Silva				—					
Casa de Saúde Pedro Nolasco				32					
Casa de Saúde São Sebastião				85					
Clínica de Acidentados				—					
Clínica Cirúrgica Santa Branca				8					
Clínica dos Tumores				26					
Clínica Vitória de Cirurgia				—					
Enfermaria do Hosp. da Clínica Militar				—					
Hospital Infantil N. S. da Glória				230					
Hospital de Isolamento Oswaldo Monteiro				—					
Hospital Pró-Matre				24					
Hospital de Psicopatas				—					
Hospital São José				43					
Hospital Para Pescadores São Pedro				52					
Hosp. Tipo B do 1º GACM (Enfermaria)				—					
Hospital São Matheus				—					
Maternidade São José				38					
Santa Casa de Misericórdia de Vitória				448					
Sanatório Getúlio Vargas				272					

AQUI ESTÁ O QUE VOCÊ PROCURA

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

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

CENTROS CIRÚRGICOS

CENTROS DE MATERIAL,

MATERIAL DE INTERNAÇÃO E MATERNIDADE,

INSTRUMENTOS EM GERAL,

LAVANDERIAS E COZINHAS

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

IMEC

Rua Mercedes, 203 (Lapa) — Fones: 260-0261 - 260-0973
Caixa Postal, 11.895 - End. Telegr.: «Científica» - S. Paulo

PIOSTACINA

- AGORA SOB FORMA DE CÁPSULAS -

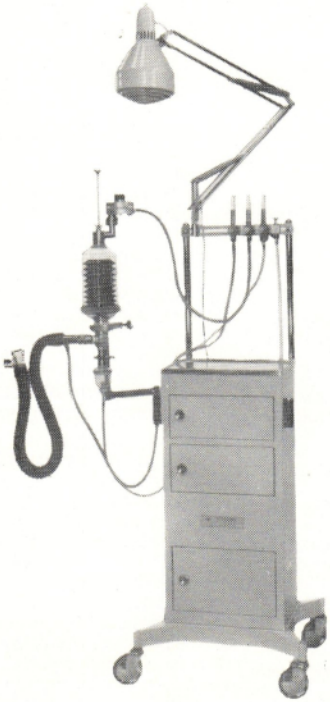
RHODIA

o antibiótico das estafilococias

Rp. Cbl - 48 - 169

VENTILADOR MOD. 840-007

A ÚLTIMA PALAVRA EM VENTILADOR PARA CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA E SALAS DE RECUPERAÇÃO



Unidade completa com móvel e fóco, para insuficiência respiratória prolongada.

* Ventilação com ar ou misturas ar-oxigênio.
* Umidificação.
* Ciclagem a pressão, a volume ou mista.
* Contrôle volumétrico da ventilação.

NOSSA LINHA DE FABRICAÇÃO:

* Respiradores para anestesia e insuficiência respiratória prolongada.
  * Unidades respiratórias para Centros de Tratamento Intensivo.
* Unidade respiratória para recém-nascido.
  * Válvulas Reguladoras para cilindros de oxigênio com ou sem aspiração.
* Medidores e Aspiradores para oxigênio canalizado.
  * Frascos de Aspiração.
* Equipamento completo para unidades de inalação.
  * Nebulizadores
    * Vaporizadores
      * Laringoscópios
* Bombas de Aspiração Contínua para sondas de drenagem.

K. TAKAOKA

INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE APARELHOS CIRÚRGICOS

Matriz:

AV. BOSQUE DA SAÚDE, 519 — FONES: 70-8097 e 70-1576 — SÃO PAULO

Filiais:

AVENIDA PAULISTA, 352 — 5º ANDAR — CONJUNTO 57 — SÃO PAULO
GUANABARA — Rua das Marrecas, 33 — 4º andar — Conj. 404 — Fone 42-1709
PÔRTO ALEGRE — Rua Uruguai, 240 — 9º andar — Conjunto 904
RECIFE — Rua Santa Cruz, 101 — Sala 106
CURITIBA — Rua XV de Novembro, 556 — 3º andar — Conjunto 305

Revestimentos Hospitalares

Para Pisos:

Piso Poliplast Monolítico
Piso Hawaii Monolítico

Para Paredes:

Revestimento Vidroplast
Revestimento Hawaii

Pinturas Especiais:

Em Latex Anti-Moto
Em PVC
Em Poliuretano

RETINCO
INDÚSTRIA DE TINTAS E REVESTIMENTOS LTDA

RUA CATEQUESE, 231
TELS. 80-4847 e 80-2025
SÃO PAULO

Notícias

PRÊMIO ENFERMEIRA DO ANO

O Prêmio Enfermeira do Ano, instituído pela Johnson & Johnson, em colaboração com a Associação Brasileira de Enfermagem, foi instituído em 1967 e outorgado pela primeira vez à Enfermeira Valeska Paixão, da Guanabara. Em 1968 foi laureada a Enfermeira Clarisse Della Torre Ferrarini, ex-Diretora da Subdivisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas de São Paulo.

O Prêmio constituído por um cheque no valor de NCr$ 3.000,00, diploma e medalha de prata, será outorgado durante a instalação do XXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, a realizar-se em outubro próximo, em Pôrto Alegre.

Êsse Prêmio destina-se à homenagear a profissional de enfermagem, que se tenha destacado, durante o desenrolar de sua carreira no campo da Filantropia; do Humanitarismo; da Ética profissional e pela colaboração efetiva ao bem-estar social; contribuição notável ao desenvolvimento geral ou setorial da Ciência pura e aplicada da Enfermagem em âmbito nacional e internacional, além de qualidades morais e intelectuais idôneas e ser diplomada por uma Escola Superior de Enfermagem e legalmente habilitada para exercer a profissão no País.

Clarice Della Torre Ferrarini, natural de São José do Rio Pardo, laureada com o «Prêmio Enfermeira do Ano» de 1968 iniciou seu trabalho de enfermeira em 1943 no Hospital das Clínicas de São Paulo, após formar-se pela Escola de Enfermagem Ana Nery, da Guanabara. Em 1955 foi diretora substituta da Escola de Enfermagem de São Paulo e presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, nos biênios 1955-56 e 1962-64.

No Hospital das Clínicas sua carreira foi das mais brilhantes, chegando a ocupar o cargo de Diretora da Subdivisão de Enfermagem desde 1945. Clarice Ferrarini fêz também dois cursos de pós-graduação, um em São Paulo e outro nos Estados Unidos e ainda vários cursos de especialização. Tem tomado parte em vários Congressos nacionais e internacionais, bem como de Seminários e comissões. Suas atividades didáticas também são intensas. Publicou vários trabalhos sôbre enfermagem e prepara, atualmente, a obra «Enfermagem no Transplante Cardíaco». O ponto alto de sua carreira, Clarice Ferrarini atingiu quando de sua participação na chefia da equipe de enfermagem que participou do primeiro transplante de coração realizado no Brasil, pelo prof. E. J. Zerbini, em 1968, no Hospital das Clínicas.

III SIMPÓSIO DE TEMAS GINECO-OBSTÉTRICOS

Em comemoração aos 75 anos de existência da MATERNIDADE SÃO PAULO, realizou-se sob o patrocínio do Centro de Estudos da Associação «Maternidade de São Paulo», o III Simpósio Gineco-Obstétrico, contando com a participação de renomados especialistas e Lentes convidados de diversas Universidades do Brasil. O Simpósio, sempre muito bem coordenado foi, presidido pelo Dr. Washington Maltez e o Dr. Giuseppe Bianchi, na qualidade de Secretário-Geral da Comissão Executiva.

CENTRO DE ESTUDOS «FRANCO DA ROCHA»

Para o período de 2 de dezembro de 1968 à 1ª semana de dezembro de 1969, foi eleita a diretoria do Centro de Estudos «Franco da Rocha», a saber: Presidente: Dr. Augusto Hasiak Santo; Vice-Presidente: Dr. Sérgio Traldi; 1º Secretário; Dr. Alexis Landgraf Carvalho; 2º Secretário: Dra. Daise Hannickel Becker; Tesoureiro: Dr. Ernesto Buranelle.

O repres. da Div. Hospital Psiq. de Ribeirão Prêto é o Dr. Osmani Emboaba da Costa; do Hospital Psiquiátrico Pinal o Dr. Orlando Goes Moraes e da Divisão de Ambulatórios Dr. Edú Machado Gomes. O Dr. Atila Ferreira Vaz, Dr. Décio Silveira Pinto de Moura e Dr. Orlando Expedito Canton são membros da Conselho Consultivo.

CONGRESSOS INTEGRADOS DE CANCEROLOGIA

Serão realizados em São Paulo, simultâneamente, de 7 a 13 de setembro próximo os Congressos Integrados de Cancerologia. Maiores informações poderão ser obtidas na Secretaria do Instituto Central — Hospital A. C. Camargo, à rua Professor Antonio Frudente, 241, São Paulo, SP.

II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES DE CABEÇA E PESCOÇO

De 3 a 6 de setembro próximo será realizado em São Paulo o II Congresso Brasileiro de Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, sob o patrocínio da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Maiores informações sôbre êsse importante Congresso podem ser obtidas à rua Professor Antonio Prudente, 211. São Paulo, SP.

VISITA AOS HOSPITAIS JAPONESES

O órgão oficial do Instituto Internacional de Consultores Hospitalares, «International Hospital Review», está organizando para o mês de julho de 1970 uma viagem de estudos ao Japão, durante a qual serão visitados diversos hospitais japoneses. Foi escolhida essa época do ano, para poder oferecer aos interessados uma oportunidade de visitar Osaka, onde realizar-se-á a Exposição Mundial de 1970. Os participantes dessa excursão poderão escolher livremente os hospitais que desejam visitar. Os pontos de embarque serão Paris, na Europa e Los Angeles, nos Estados Unidos. O preço da viagem, incluindo estadia está orçado em US$ 1.500,00. Mais informações poderão ser obtidas diretamente através do «International Hospital Review» 48 van Speijkstraat, Haia, Holanda.

«HONORIS CAUSA» PARA NEVES-MANTA

O Prof. Dr. Inaldo de Lyra Neves-Manta, que criou e dirige os Serviços Psiquiátricos do Ipase e pela segunda vez preside a venerável Academia Nacional de Medicina, recebeu o título de professor Honoris Causa concedido pelo Conselho Universitário da Universidade Federal de Pernambuco, atendendo a decisão unânime da Congregação da Faculdade de Medicina dessa Universidade. O laureado é figura de grande destaque no mundo científico nacional e autor de várias obras científicas e literárias. Além disso, o Prof. Neves-Manta pertence a diversas Academias e Sociedades Médicas brasileiras e estrangeiras, tendo participado com brilhantismo de congressos e simpósios psiquiátricos nacionais e no exterior.

POSSE NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

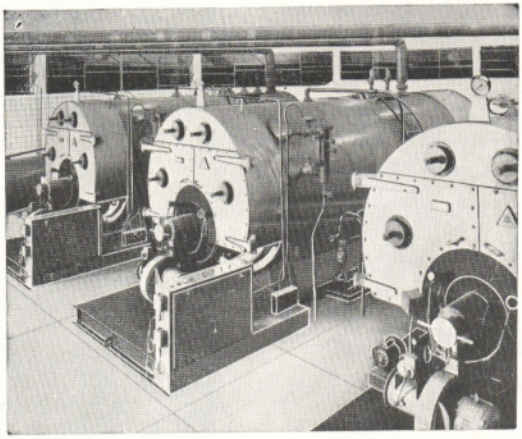
Com a apresentação de currículo e de monografia inédita, «terapêutica da Lepra — Revisão Sumária», o Farm. Dr. Eduardo Valente Simões, foi eleito, na sessão de 22 de maio, membro titular da Academia Nacional de Medicina, onde ocupará a Cadeira nº 93, cujo Patrono é o grande Higienista Belisário Pena, e que vinha sendo ocupada pelo Dr. Renato Ferraz Kehl (Farmacêutico e médico), ora na categoria de titular emérito.

A centenária Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829 por Decreto da Regência Imperial, conta com 100 membros titulares, assim distribuídos: 20 na Seção de Medicina geral, 20 na Seção de Cirurgia geral, 20 na Seção de Medicina especializada, 20 na Seção de Cirurgia especializada, 10 na Seção de Ciências Aplicadas à Medicina e 10 na Seção de Farmácia. É exatamente para essa última Seção, de Farmácia, que foi eleito o Farm. Dr. Eduardo Valente Simões, que até 10 de maio exerceu a Presidência da Fundação Universitária do ABC e que, nessa qualidade, foi um dos Fundadores da Faculdade de Medicina, já em pleno funcionamento no «Campus» da Cidade Universitária do ABC.

CALDEIRAS A ÓLEO

AUTOMÁTICAS

«COMPAC»



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO

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

COMPANHIA PAULISTA DE CALDEIRAS «COMPAC»

Rua Major Sertório, 200 — 2º andar — Telefone 37-9413 — S. Paulo

Representante: REDUCOR Comércio, Importação e Exportação Ltda.

Rua Dom Gerardo, 64-A — Loja — Rio de Janeiro - GB.

PRIMEIRA CONVENÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

23 a 27
de setembro
de 1969

promovida pela

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

e patrocinada pela

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE HOSPITAIS

ANFITEATRO DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Rua
Monte Alegre, 984
São Paulo — SP

NOTÍCIAS DO I. P. H.

Realizou-se no dia 16 de junho de 1969, às 20 horas, no Auditório do Hospital Municipal de São Paulo, à rua Castro Alves, 66, a solenidade da inauguração oficial do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar do I.P.H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares que se encontra em fase de agregação à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Foi proferida nesta ocasião, uma conferência pelo Excelentíssimo Professor Doutor José Rosemberg, Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba, à qual se encontra diretamente filiado o nôvo Curso de Administração Hospitalar.

Sua Eminência Dom Agnelo Rossi, Cardeal de São Paulo, em palestra com o Dr. José Francisco Arquimedes Lamoglia.

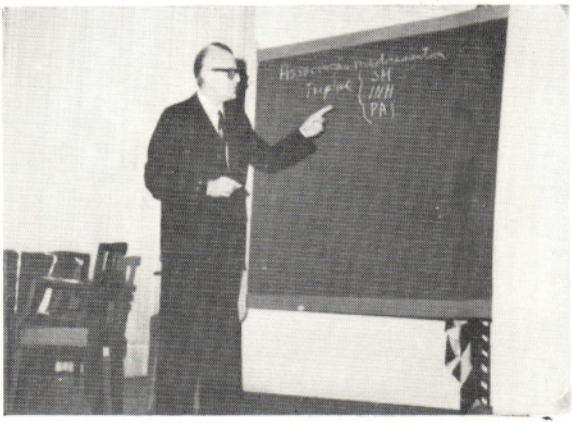
Durante o coquetel, os alunos Alcindo Tavernaro, Cícero Aurelio Sinisgalli, Irmã Fulvia, Irmã Celeste, Irmã Margarida, Irmã Trindade, Irmã Paulina, Edda Marquetti Moraes, Diana Gomes Cavalheiro, Francisco Lamoglia, Ivanhoé Esposito em confraternização com o Professor Dr. José Rosemberg Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba e Dr. José Silvio de Camargo Superintendente do Hospital Municipal e anfitrião da solenidade.

A solenidade foi presidida pelo Grão Chanceler da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sua Eminência o Cardeal Dom Agnelo Rossi.

O presidente do I.P.H., Dr. Jarbas Karman, endereçou aos presentes o seguinte discurso:

Sua Eminência o Cardeal Dom Agnelo Rossi, DD. Grão Chanceler da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Exmo. Professor José Rosemberg, DD. Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba, Exmas. autoridades, Exma. Madre Angelina Rezende, DD. Diretora do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, Exmo. Doutor José Sílvio de Camargo, DD. Superintendente do Hospital Municipal, nosso anfitrião amigo desta noite, minhas senhoras, meus senhores, estimados alunos. É com grande satisfação que estamos participando neste momento da sessão solene de inauguração oficial do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, em fase de agregação à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Este Curso, há tantos anos acalentado por êste Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, vem de se concretizar de uma maneira grandiosa e inesperada, filiando-se à uma das mais



Professor Dr. José Rosemberg D.D. Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba, proferindo sua aula.

O Grão Chanceler da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Dom Agnelo Rossi, presidindo a solenidade de inauguração oficial do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, com Madre Angelina Rezende, Diretora da Escola, Sr. Alcindo Tavernaro, representante do D.D. Prefeito de Santo André, Dr. Jarbas Karman, Presidente do IPH, Professor Dr. José Rosemberg D.D. Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba, e Padre Niversindo Antonio Cherubin, Diretor do IPH.

Cintos,
Porta-notas,
Porta-documentos,
Pastas
e
Frasqueiras

Artefatos de Couro

Pelrex Ltda.

TRAV. GARDÊNIA, 14
TELEFONE 63-9133
VILA PRUDENTE
SÃO PAULO

destacadas Universidades do País. O Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, desde a sua fundação, há 15 anos, vem contribuindo para a elevação dos padrões hospitalares nacionais e mesmo alienígenas.

Muito do progresso dêstes últimos anos verificado no planejamento e administração de hospitais e do aperfeiçoamento do equipamento e pessoal hospitalar do País se deve ao seu contínuo trabalho, desenvolvido em amplos setores e da maneira mais desinteressada, objetivando tão sòmente a melhoria da assistência hospitalar.

Entre os meios a que recorreu para alcançar os seus objetivos, estão seus cursos; cursos êsses que pelo seu valor e objetividade, granjearam justa fama e alto conceito dentro da família hospitalar de todo o Brasil.

Sempre que um setor vital de atividade hospitalar se resentia de orientação ou conhecimentos técnicos, procurava o I.P.H. reunir dados, formar professôres e sanar as falhas, ministrando aulas e preparando interessados, nos mais variados campos: lavandaria hospitalar, segurança, assepsia e esterilização, limpeza, cozinha, relações humanas, planejamento e administração.

Fácil, pois, lhe foi enfeixar e complementar os ensinamentos dos seus cursos em um curso de Pós-Graduação do mais alto nível. Também a técnica de ensino que procura desenvolver é das mais modernas, enriquecida com recursos áudio-visuais, filmes importados e visitas a hospitais, inclusive estrangeiros.

Tudo isso, porém, continuaria sendo sonho se o I.P.H. não tivesse a ventura de contar com o espírito esclarecido e o alto descortínio do Grão Chanceler da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sua Eminência o Cardeal Dom Agnelo Rossi, Sua Magnificência o Desembargador Professor Doutor Oswaldo Aranha Bandeira de Mello, Digníssimo Reitor da Universidade Católica, Sua Excelência Professor Doutor José Rosemberg, Digníssimo Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba e a Reverendíssima e muito estimada Madre Angelina Rezende, digníssima Diretora do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar.

Esta data, esta solenidade, a presença das autoridades e dos seus representantes, das senhoras e dos senhores que aqui vieram prestigiar esta inauguração, constituem o apoio e o estímulo que ainda faltavam para que êste Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar se alicerçasse em bases sólidas.

Os hospitais brasileiros e sul-americanos ficar-lhes-ão gratos pelos futuros benefícios conseqüentes dêste apoio e estímulo.

A Reverendíssima Madre Angelina Rezende proferiu a seguinte oração:

Dr. José Silvio de Camargo, Diretor do Hospital Municipal e Dr. Eugênio Monteiro com médicos do Hospital Municipal.

Autoridades presentes e alunos do Curso assistem a aula ministrada pelo Professor Dr. José Rosemberg.

Dr. Eduardo Martins Passos, Diretor da Maternidade São Paulo, Dr. Jarbas Karman, Presidente do I.P.H. em confraternização com alunos do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar.

PROFESSOR JOSÉ ROSEMBERG:

— Diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo.

— Professor Titular de Tisiologia e Doenças Pulmonares da Faculdade de Medicina de Sorocaba.

— Docente Livre da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Estado do Rio.

— Perito do Quadro de Tuberculose da Organização Mundial de Saúde.

— Membro efetivo e honorário de 38 Sociedades Científicas Nacionais e Estrangeiras.

— Publicou 4 livros e 128 Trabalhos Científicos.

— Ex-Diretor da Divisão de Tuberculose do Estado de São Paulo e Ex-Diretor do Instituto de Pesquisas Clemente Ferreira.

Irá falar-nos sôbre a terapêutica utilizada no tratamento da tuberculose, no hospital.

Como mestre, o professor Rosemberg não só transmite palavras, não só mantem coerência, mas acima de tudo faz com que os seus discípulos se tornem palavras inteligíveis na estruturação de sua carreira. Ministra ensinamentos científicos, convertendo o monólogo em diálogo cordial. Orienta os alunos como pesquisar nos livros, preparando-os para pesquisar a realidade da vida. Indica-lhes o funcionamento das duas formas de atividade humana que são: a ciência e a técnica, o pensamento e o trabalho.

Mestre que não se define só pelo mistério da palavra que carrega vida, tem espírito e humanização, mas pelo senso de responsabilidade, utilizando a medicina como ciência eminentemente antropológica.

A sua preocupação concentra-se na figura axial do processo histórico que é o homem.

Sabe que o homem é anatomia mas também reflexão, é fisiologia mas também liberdade, é fenômeno nervoso mas também núcleo de decisão do universo, é interação biológica mas também progressiva humanização, ocupando um lugar chave como eixo principal no mundo e na história.

Não se contenta com libertar a vida da infestação da enfermidade. Vai mais longe. Põe-se a recompor o homem, para que recupere as fôrças, readquira a esperança, se reajuste na sociedade. Ativa-lhe as energias humanas.

A sua profissão médica está plantada na medula da angústia humana, e celebra na medicina o sofrimento humano. Digo celebra, porque o médico trabalha com o sofrimento, às vêzes, utiliza-o para poder eliminá-lo. É através do padecimento que a dor é cancelada, outras vêzes não se consegue suprimi-la, entretanto, com ela constrói-se a ascensão humana, a renovação da personalidade, como foi restaurada a humanidade com o sacrifício do Cristo.

E o Professor Rosemberg compreendeu isto, sabe que compete ao médico transformar o sofrimento, convertendo-o numa fôrça de crescimento e libertação do homem.

Médico-mestre, consciente, descobre na sua competência científica o aumento da responsabilidade assumida para com os seus discípulos e seus clientes, faz da medicina uma expressão evangélica contínua e prolonga eficazmente esta terapêutica, através dos tempos. Isto porque, é «na palavra, é na linguagem, que as coisas chegam a ser e são». É também na palavra e pela palavra que o homem chega a ser, de modo consciente. O mestre veio para isso: para acordar o diálogo antropológico, para fazer da vida humana uma palavra viva, para fazer o homem ser humano. Então compreenderemos que, para o mundo atual, o mestre é mesmo a Palavra Esperada.

O Professor Rosemberg, hoje, é para nós todos, esta «Palavra Esperada».

S. Paulo, 16-6-69

Dr. Eduardo Martim Passos Diretor da Maternidade São Paulo, com alunos do Curso de Pós-Graduação, Dorival dos Santos Moraes, Irmã Gabriela, Dirce Deliberador Barrella, Edda Marchetti Moraes e Irmã Trindade.

Durante o coquetel oferecido, os alunos, Dr. Cícero Aurelio Sinisgalli, Maria Helena Ribeiro Maltez, Maria Lúcia Regis, Massako Shinkawa, Nédya Dorsa e Diana Gomes Cavalheiro.

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS PELO I.P.H.

Associação Médica Brasileira — AMB — Vol. 15 — Maio de 1969
The Hospital — Inglaterra — Institute of Hospital Administrators — Junho 69
Acrópole — Brasil — Max Gruenwald e Cia. — Abril 69
Tribuna Médica — «Tribuna da Medicina Editôra Ltda.» — Maio 69
Arquitetura — Brasil — Dezembro 68
World Hospital — E.U.A. — Fevereiro 69
Boletim Oficina Sanitária Panamericana — E.U.A. — Junho 69
Vida Hospitalar — Brasil — Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo — Maio/Junho 69
Cronica de La Oms — Genebra — Organizacion Mundial de la Salud — Março 69
Correio do Livro — Brasil — Abril 69
Yale — E.U.A. — Maio 1969
Correio Agro-Pecuário — Brasil — Julho 69
Hifen — O traço de União — Brasil — União Cultural Brasil-Estados Unidos — Julho/Agôsto 69
Das Krankenhaus — Alemanha — Maio 69
Der Krankenhaus Arzt — Alemanha — Maio 69
Arquivos de Gastroenterologia — Brasil — Junho 69
Engenharia — Instituto de Engenharia — Brasil — Junho 69
Eletro medica — Alemanha — Abril 69
El Hospital — E.U.A. — Vol. nº 3 — 69
Engenharia Municipal — Brasil — Janeiro/Fevereiro 69
Ericsson Review — Suécia — Ericsson — Vol. 46 — 69
Hospital Canadian — Canadá — Canadian Medical Association — Abril 69
Hospitals — American Hospital Association — Chicago — Maio 69
Revista do Clube de Engenharia — Brasil — Maio/Junho 69
Hospital Purchasing — Supplement to The Hospital — Inglaterra — Junho 69
Hospitalis — Suiça — Junho 69
Hospital Management — E.U.A. — Clissold Publishing Company — Maio 69
Hospital Topics — E.U.A. — Abril 69
Labor Hospitalaria — Barcelona — Março 69
Jornal da AMB — Associação Médica Brasileira — Brasil — Julho 69
International Hospital Review — Institute of Hospital Consultants — 69
Jornal Brasileiro de Medicina — Associação Médica Brasileira — Julho 69
Krankenhaus Umschau — Alemanha — Junho 69
Life — E.U.A. — Junho 69
Landstingens Tidskrift — Alemanha — Março 69
Modern Hospital — E.U.A. — Junho 69
Notícias Culturais da Alemanha — Inter Nationes — Germany — Julho 69
O Empreiteiro — Brasil — Editor Técnico — Junho 69
O Médico Paulista — Brasil — Junho 69
O Médico Moderno — Brasil — Gepesa — Maio 69
Progressive Arquiteture — E.U.A. — Abril 69
Revista Médica do Estado da Guanabara — Conselho Técnico de Saúde do Est. da Guanabara — Vol. 36 — Junho 69
Tchecoslováquia — Tchecoslováquia — Junho 69
Revista Paulista de Hospitais — Associação Paulista de Hospitais — Maio 69
Suplemento da Revista de Engenharia — Instituto de Engenharia — Março 69

IMPERMEABILIZAÇÕES
Isotêrma
IMPERMEABILIZAÇÕES COM AS. FALTOS. FELTROS. NEOPRENE. HYPA. LON. B.M. OGREX. IMPERGREX EM LAJES, SUB.SOLOS, PISCINAS, PI. SOS INDUSTRIAIS, MASTIQUES ASFÁLTICOS. ETC.
ISOTERMA . COMÉRCIO INDÚSTRIA E REPRESENTAÇÕES LTDA.
TELS.: 33-4453 / 34-6649
RUA BENTO FREITAS . 281 —— SÃO PAULO

Importância da auditagem nas organizações hospitalares (*)

DR. FRANCISCO PILOMIA DE SOUZA

INTRODUÇÃO — O hospital é uma organização científico-social com a finalidade de aliviar o sofrimento do indivíduo, com base no bem-estar social, no desenvolvimento científico e no lucro. Através do tempo vem sofrendo muitas críticas e para resistir, teve que se organizar como emprêsa industrial nos países avançados, como os Estados Unidos. Quaisquer que sejam as suas características sòmente tem atingido seus objetivos se planejados tècnicamente e dirigidos sàbiamente por pessoas altamente categorizadas e bem controladas.

Planejar uma organização hospitalar para determinada região, é tarefa altamente técnica e, geralmente, não atingirá o objetivo desejado se feita verticalmente e, de cima para baixo, sem as indispensáveis pesquisas de locação, clima, cultura do povo, rentabilidade per capita, demanda de serviços hospitalares, etc.

Dessa maneira, cada região teria o hospital que merecesse e pudesse manter. Para uma organização hospitalar funcionar perfeitamente e atingir seus fins, não pode prescindir de uma perfeita organização administrativa e de pessoal qualificado e categorizado. Nessa organização deve haver sempre um departamento encarregado de registrar todos os fatos e atos administrativos da administração, a fim de serem analisados periòdicamente por técnicos categorizados e capazes de pôr em evidência a posição patrimonial, financeira e reditual da emprêsa.

Assim é que as grandes organizações industriais do mundo contemporâneo já não mais prescindem dos seus departamentos de contabilidade, estatística, computadores de dados e, principalmente, de auditoria. Dirigindo tècnicamente todo complexo industrial, o administrador tem que pesquisar, planejar, dirigir, executar e registrar todos os atos e fatos de sua emprêsa. Para alcançar, entretanto, seu objetivo a organização precisa avaliar o resultado de seu esfôrço em todos os sentidos: patrimonial, financeiro, econômico e técnico-científico. Para realizá-lo, não pode prescindir de auditoria tècnicamente organizada e capaz de tirar conclusões definitivas e perfeitas do empreendimento.

IMPORTÂNCIA DA AUDITAGEM NO HOSPITAL MODERNO — Auditoria se confunde com revisão, perícia, verificação, intervenção, contrôle, fiscalização, expertise ou censura de contas. Tècnicamente, consiste na verificação da regularidade ou irregularidade das operações, realizadas dentro de um período, a fim de se poder certificar sôbre a veracidade e exatidão do resultado relativo ao mesmo período (Ensaios de Auditoria de J. Luiz dos Santos, 1934:6).

A auditoria integra uma das funções contábeis, que é a do contrôle. É imanente na Contabilidade uma vez que dela depende a eficiência, o valor da elaboração técnica, como diz o Prof. Francisco D'Aurea, em Revisão e Perícia Contábil, 2ª ed., 1953, 1º vol. A auditoria é uma técnica de caráter puramente analítico. Tem sempre como objetivo substancialmente o contrôle patrimonial, financeiro e econômico das emprêsas. A auditoria é parte integrante e essencial da tecnologia do contrôle. É fundamental para o administrador como instrumento de vigilância, fiscalização e orientação.

Sem contrôle contábil não pode haver segurança na elevação da produtividade. Êsse contrôle tem que ser operacional, documental e escritural. Muito bem diz o Prof. Lopes de Sá: «A técnica da auditagem integra a contabilidade e o contrôle geral. A auditoria é parte integrante e fundamental da tecnologia do contrôle, razão porque a técnica da auditoria utiliza-se de todos os recursos contábeis e administrativos para atingir seus fins» (Curso de Auditoria, 1º vol.).

Quando o contrôle contábil envolve, na sua supervisão, o contrôle tecnológico e o de qualidade, é porque possui a unidade com que se dimensiona tudo no plano econômico — a unidade valor. Cientìficamente, o contrôle contábil fornece o instrumento central de defesa da eficiência e da economicidade e de combate metódico ao êrro, à fraude, à ineficiência e ao desperdício (Reinaldo de Souza Gonçalves, Auditoria, pág. 9). Sem contrôle contábil não pode haver segurança na própria produtividade. A auditoria pode ser exercida interna e externamente. Interna, quando se faz continuamente e externa, quando se efetua periòdicamente. Da mesma maneira que podemos avaliar os resultados de uma emprêsa industrial, também podemos fazer avaliação do trabalho médico, do grupo de médicos, da unidade hospitalar ou da organização hospitalar. A avaliação dêsse trabalho pode ter por finalidade a racionalização da capacidade operacional da organização hospitalar, a elevação de sua rentabilidade e de seu padrão técnico.

Vemos constantemente relatórios de organizações hospitalares e verificamos que os resultados quantitativos são os mais minuciosos possíveis. Entretanto, não encontramos demonstrações que evidenciem os progressos qualitativos individuais, de grupos ou de unidades, talvez porque ainda não acreditam no valor da auditoria para avaliação do trabalho médico, do grupo, da unidade ou do próprio hospital.

(*) Trabalho apresentado à XVI Jornada Paulista de Administração Hospitalar, de Âmbito Nacional. Associação Paulista de Hospitais. Fundação Hospitalar do Distrito Federal.

Sabemos que um hospital atende melhor e com maior rendimento pela voz do povo, porém, não pelos dados que oferecem nos relatórios. A qualidade do serviço médico de um hospital depende de numerosos fatôres que sòmente podem ser selecionados por meio de auditoria médica que, dispondo de serviço de estatística e computadores de dados, podem chegar à conclusões racionais e práticas bem próximas da realidade.

De maneira que, para se evidenciar a eficiência técnica e a produtividade de um hospital, é necessário um trabalho de auditoria médica total. Para ter eficiência a auditoria médica total, os corpos clínicos hospitalares devem ter conscientização de suas funções. A atividade humana pode e deve ser avaliada. Da mesma maneira o hospital tem necessidade de medir, avaliar ou aferir a sua eficiência perante os doentes que cuida sob sua responsabilidade.

Infelizmente, a maioria absoluta dos dirigentes hospitalares se preocupa quase exclusivamente com os resultados financeiros de seus hospitais. Já é tempo de ser iniciada a avaliação do trabalho do médico, dos corpos clínicos e dos hospitais brasileiros, a fim de serem testadas suas capacidades técnicas também. Essa avaliação pode ser global, parcial e individual.

De posse de tais resultados, as direções hospitalares ficarão em situação privilegiada para reformular seus planos de desenvolvimento técnico-científico e atingir padrões capazes de competir com os melhores do mundo. Da maneira que estão, não dispõem de elementos para comparar com os índices internacionais existentes, pois, sabemos que são bons e eficientes sòmente por ouvir dizer.

A qualidade precisa ser demonstrada cientificamente e o meio de que dispomos para fazê-lo é a auditoria médica ou contábil.

Para que o hospital brasileiro saia da rotina obsoleta em que se encontra, precisa dinamizar sua administração, de maneira que possa utilizar a técnica de contrôle adequada, que é a AUDITORIA MÉDICA.

Seria impossível avaliar a qualidade de seus serviços, ou melhor, a eficiência de um hospital, sem avaliar o trabalho de seus médicos ou de suas equipes. Para isso, repetimos, seria necessário que todos se conscientizassem de suas funções e fizessem bons prontuários médicos.

O médico que não escritura científica e tècnicamente o prontuário comete negligência insanável, prejudicando assim a avaliação de seu trabalho médico. Infelizmente, quase todos os médicos têm preguiça de escrever e quando o fazem não é para serem lidos. Assim sendo, seus registros são desclassificados em qualquer trabalho de avaliação médica, prejudicando decisivamente qualquer esfôrço do hospital, no sentido de apurar os resultados daqueles trabalhos.

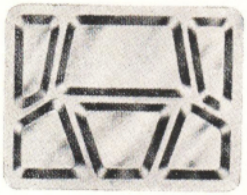
O prontuário perfeito é a base fundamental para a avaliação do trabalho médico, do grupo, da unidade ou do próprio hospital. Com o prontuário bem feito, a auditoria pode selecionar elementos fundamentais e avaliar por meio de computadores eletrônicos os graus de eficiência do médico, do grupo, da unidade e dos hospitais. Com êsses resultados, os dirigentes poderão planejar o aprimoramento de seus padrões técnicos, da mesma maneira que planejam os resultados financeiros e econômicos.

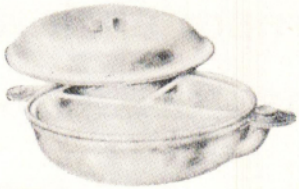
CONCLUSÃO

Qualquer organização hospitalar para sobreviver atualmente, precisa ser sàbiamente planejada, tècnicamente administrada e cientificamente controlada e fiscalizada.

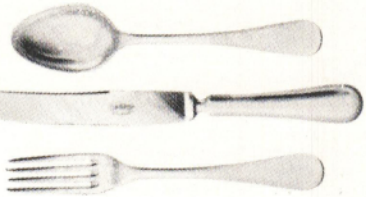
BIBLIOGRAFIA

1) João Luiz dos Santos — Ensaios de Auditoria, 1934 : 6.
2) Francisco D'Aurea — Revisão e Perícia Contábil, 1953, vol. I:17.
3) Prof. Lopes de Sá — Curso de Auditoria, vol. I — 1967.
4) Reinaldo de Souza Gonçalves "Auditoria" 1967:9.


Bandeja com 6 e 7 divisões

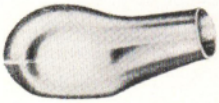

Porta Comida com 3 ou 4 divisões

Bandeja retangular

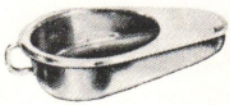

Talheres

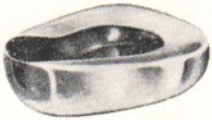
Cuba retangular

Cuba redonda (para assepsia)


"Papagaio"

Cuba rim


Comadre tipo pá (oval)


Comadre tipo americana (anatômica)

METALÚRGICA FRANCALANZA S.A.
E SUBSIDIÁRIA
AÇO INOXIDÁVEL FABRIL GUARULHOS S/A.

VENDAS E ESCRITÓRIO:
RUA BRESSER, 301 — TEL.: 93-0503 — SÃO PAULO

A Revista Hospital de Hoje editará, em sua próxima edição nº 41, agôsto de 1969, o PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE — PIBS — em forma de relatório.

Elaborado pelo Dr. Renato Fairbanks Barbosa, é resultado de longos anos de vivência, estudos, observações e pesquisas.

O PLANO INTEGRADO BRASILEIRO DE SAÚDE já foi apreciado na Comissão de Saúde da Câmara Feral, na I Convenção Paulista de Hospitais e recomendado à Escola Superior de Guerra do Brasil. A intenção do autor é formar «como que uma fotografia de uma face de nossa acelerada evolução social», a que ocorre no setor Saúde, com seus reflexos em todos os demais setores sociais.

Sociedade Técnica em Ar Condicionado S.A.

Representantes exclusivos e fabricantes sob licença

VENDAS • INSTALAÇÃO
FABRICAÇÃO • MANUTENCÃO

Condicionamento de ar em salas de operações, parto, berçários, salas de recuperação ou tratamento intensivo e outros ambientes hospitalares

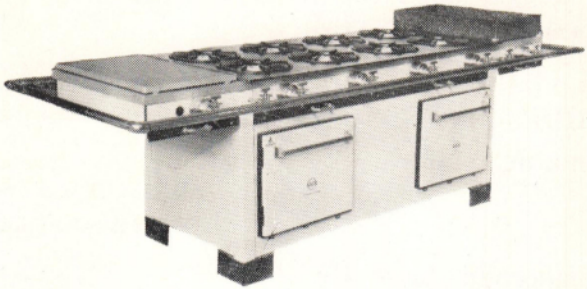
R. TAGIPURU, 239/71 — TELS.: 51-9148, 51-9149, 51-9140 e 52-7631
CAIXA POSTAL 8.872 — END. TEL. «STARCALOR» — S. PAULO

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S/A

presente em todos os hospitais

FOGÕES ALFA

além da economia, oferecem:



* **ROBUSTEZ**
* **SEGURANÇA**
* **DURABILIDADE**
* **VERSATILIDADE**
* **FORNO COM ISOLAMENTO TÉRMICO**

FABRICAMOS FOGÕES ESPECIAIS SOB CONSULTA

METALÚRGICA ALFA S.A. COMERCIAL INDL. IMPORTADORA
S. PAULO — R. 21 DE ABRIL 132/150 - FONES: 93-9584 E 93-8805
RIO — R. TEIXEIRA RIBEIRO, 619 - FONES: 30-0571 E 30-9244

ALFA

PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS

O livro mais completo sôbre planejamento de hospitais, editado em língua portuguêsa.

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

Nome .....

Endereço ..... Nº .....

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

A importância de NCr$ 35,00 por exemplar encadernado, (NCr$ 30,00 para sócios do I.P.H.) e NCr$ 25,00 em brochura, segue por: cheque ☐ pagável em São Paulo; reembôlso postal ☐, vale postal ☐, em nome do I.P.H. — **Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares** — R. Xavier de Toledo, 210 - 6º - 36-3889 - SP.

OBS. São Imprescindíveis 2 Fotografias 3 x 4 cm.

PROPOSTA PARA SÓCIO
IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

Entidade de Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 4.774 de 12-8-58 e Decreto Federal nº 44.735 de 23-10-58
RUA XAVIER DE TOLEDO, 210 — 6º ANDAR — CONJ. 64 — FONE: 36-3889 — SÃO PAULO

FICHA DE INSCRIÇÃO
a presente ficha destina-se à **atualização** ou **confirmação** de endereço, bem como para a **inscrição** de novos sócios.

ESCREVA BEM LEGIVELMENTE

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

2 — NOME DA ENTIDADE ..... DIRETOR DA ENTIDADE .....

3 — ENDEREÇO DA ENTIDADE .....

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

6 — ENDEREÇO INDIVIDUAL ..... CAIXA POSTAL ..... FONE .....
CIDADE ..... ESTADO .....

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

8 — CURSOS, TITULOS, DIPLOMAS .....

9 — OBSERVAÇÕES .....

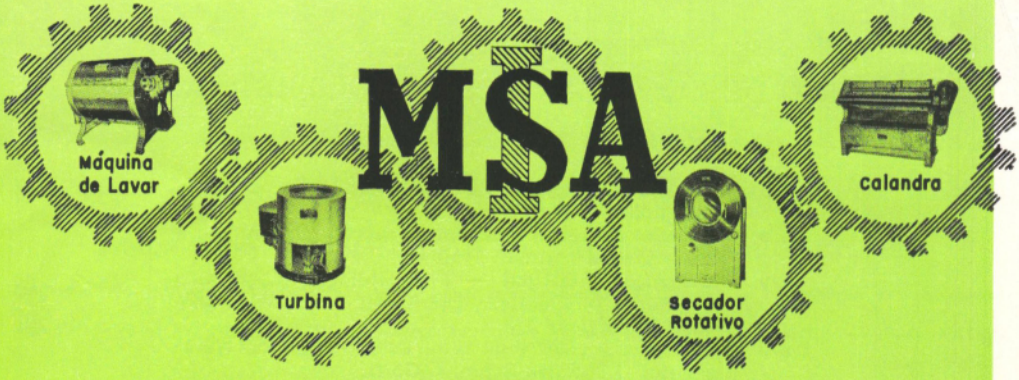
10 — COMO PODE COOPERAR COM O IPH? ARTIGOS SECÇÕES E COMISSÕES EM QUE DESEJA TRABALHAR .....

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

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

ANUIDADE PARA 1969: NCR$ 30,00 - PARA SÓCIO INDIVIDUAL. PARA SÓCIOS COLETIVOS - NCR$ 60,00

SOLUÇÃO FACIL... DOS PROBLEMAS DIFICEIS...



com as nossas máquinas para lavanderias

a serviço da HIGIENE HOSPITALAR...

MÁQUINAS SANTO ANDRÉ

ISSHIKI & CIA.

ESCRITÓRIO: Rua Cons. Crispiniano, 344 - 12º andar Conj. 1210 - Fone: 35-5840 - São Paulo | FILIAL: Rua Evaristo Veiga, 35 — Sala 1304 Fone: 22-6179 — Rio de Janeiro | FABRICA: Rua Dona Gertrudes de Lima, 302 Fone: 44-3594 (discar 07) - Santo André

REPRESENTANTES: Belo Horizonte — Salvador — Recife — Curitiba — Pôrto Alegre — Belém — Manaus — João Pessôa — Maceió Fortaleza — Vitória — Florianópolis

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL «FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA»

Patrocinado pela Comissão Científica e sob a orientação do Prof. Fábio Schmidt Goffi, Chefe do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do H.F.M.O., serão realizados simultâneamente, no período de 1.° a 12-9-69, às 2.ªs e 6.ªs-feiras, no Anfiteatro do Hospital à rua Pedro de Toledo, 1.800, os cursos: "Afecções Esôfago-Gastroduodenais e Bílio-Pancreáticas", organizado pelo Dr. Luciano de Castro Silva, e o de "Afecções Entero-Colo-Reto-Anais", organizado pela Dra. Angelita Habr Gama.

Os cursos obedecerão os seguintes programas:

CURSO DE «AFECÇÕES ESÔFAGO-GASTRODUODENAIS E BÍLIO-PANCREÁTICAS»

Horário: das 20,30 às 21,20 horas.

Dia

1/9 — Conduta e resultados no tratamento do câncer do esôfago. Prof. Fábio Schmidt Goffi.

3/9 — Resultados do tratamento dilator no megaesôfago chagásico. Dr. Hiroshi Ushikusa — Cirurgia da hérnia do hiato. Dr. Luiz Paulo Salomão.

5/9 — Cirurgia da úlcera péptica: técnicas e indicações. Dr. Luciano de Castro Silva.

8/9 — Operações paliativas e cirurgia radical no tratamento do câncer gástrico. Drs. Sérgio Reis Quaglia e Emmanuel Wilson Leite Lima.

10/9 — Cirurgia das vias biliares: colecistites, coledocolitiases e papilites. Drs. Joel Buchalla e Hélio Ceballos.

12/9 — Cirurgia do pâncreas: pancreatites crônicas e câncer da papila e região periampolar. Drs. Sidney Pelizon e Sanson Bromberg.

CURSO DE «AFECÇÕES ENTERO-COLO-RETO-ANAIS»

Horário: das 21,30 às 22,30 horas.

Dia

1/9 — Doença hemorroidária e fissura anal. Dr. Angelino Manzione.

3/9 — Fístulas anoretais e papilomas sacros. Drs. Angelita Habr Gama e Anuar Fraiha.

5/9 — Obstrução intestinal — Fisiopatologia, diagnóstico e conduta terapêutica. Drs. Oscar Simonsen e João Augusto Mattar Filho.

8/9 — Câncer dos colos e do reto: Estado atual do tratamento. Dr. Fábio Schmidt Goffi.

10/9 — Megacolo — estudo crítico das técnicas de tratamento. Dr. Jorge Haddad.

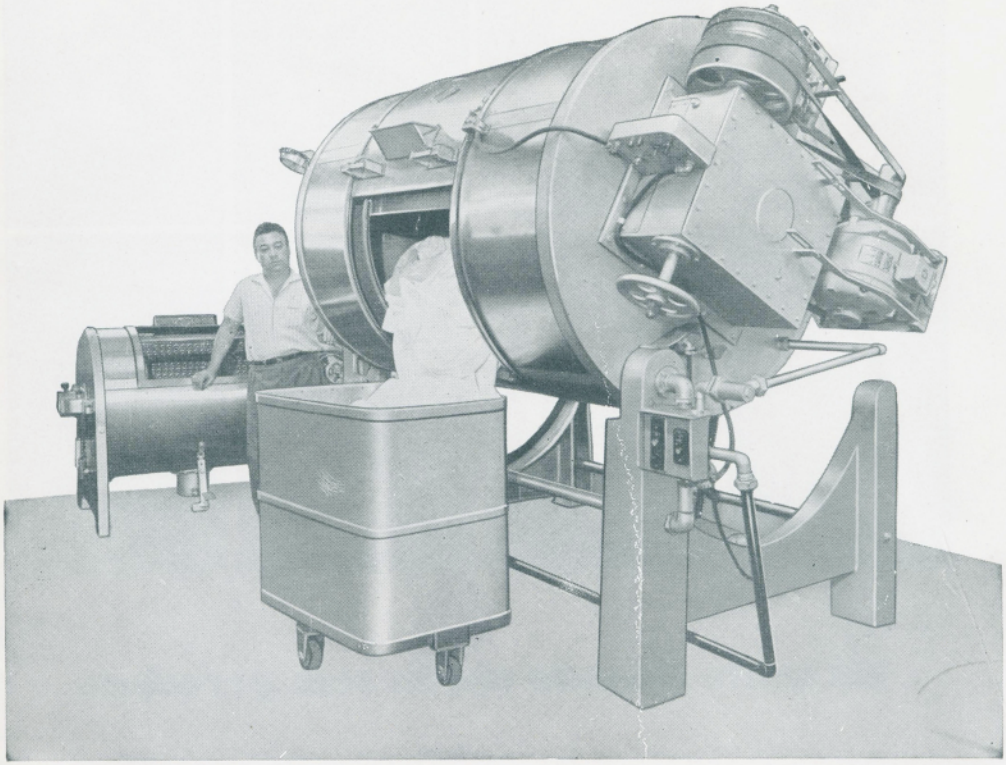
12/9 — Doenças Inflamatórias dos colos e do reto. Dra. Angelita Habr Gama.

INSCRIÇÕES: Deverão ser feitas no Serviço de Divulgação, rua Pedro de Toledo, 1.800 — 2.° andar — sala 261.

TAXA: Será cobrada de NCr$ 30,00 para médicos e NCr$ 10,00 para acadêmicos, estagiários e residentes.

CERTIFICADO: Será fornecido aos que participarem, no mínimo de 2/3 das aulas dadas.

Castanho Castanho Equipamento para Lavanderia S. A.



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

FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDERIAS HOSPITALARES

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

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

Representantes:

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

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

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

Eliseu Duarti & Cia. Ltda.
Rua Floriano Peixoto, 814
FORTALEZA - Est. do Ceará

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

Gastão Sampaio
R. Torquato Bahia, 3 - 4º and. - sala 49
Caixa Postal 1.185 - Telefone: 2-3085
SALVADOR - Bahia

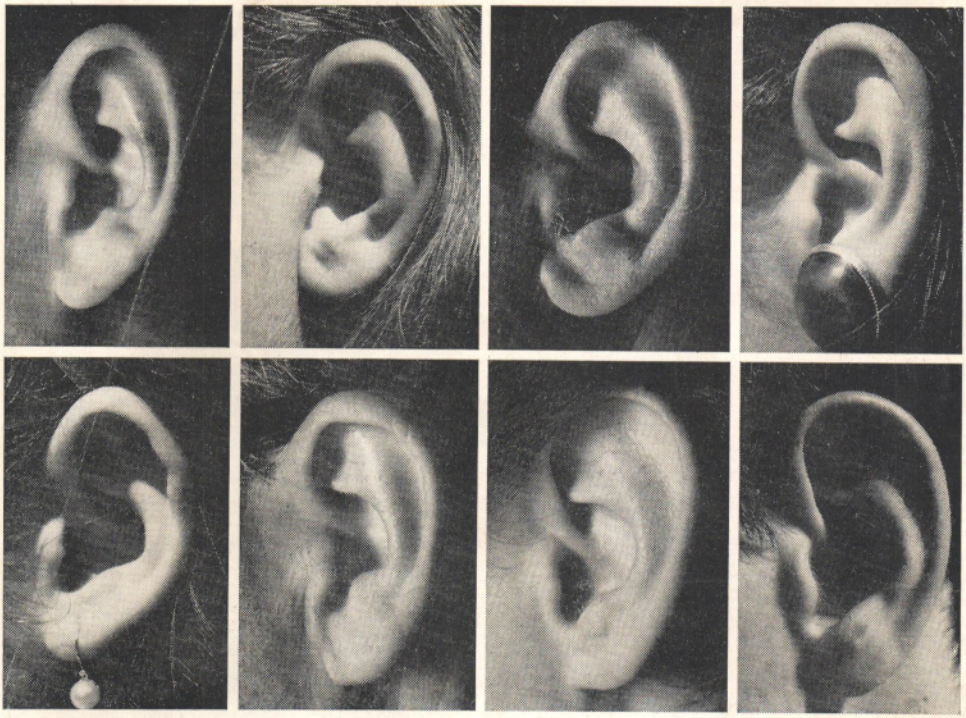
Roberto Mendes de Macedo
R. Barão de Lucena, 36 - Apto. 4 Serra
Caixa Postal 2.002 - Telefone 22-4894
B. HORIZONTE - Est. de Minas Gerais

Cia. Geral de Indústrias
Av. Bento Gonçalves, 1.503 - Tel.: 3-1033
Caixa Postal 618
PÔRTO ALEGRE - Rio Grande do Sul

V. Castegliani — Representações
R. Irineu Marinho, 160 (Bom Pastor) —
Cxa. Postal 471 - JUIZ DE FORA - M.G.

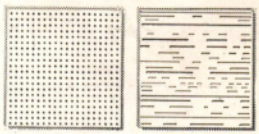
Carvalho de Moraes & Cia. Ltda.
Edifício Arnaldo Vilares - Conj. 401 a 403
Caixa Postal 703 - Telefones 2-6305
BRASILIA - D.F.

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



proeme

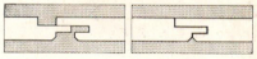
Há gente ficando surda sem perceber.



Acústico "A" Ranhurado

A lenta e progressiva destruição da sensibilidade auditiva é um dos maiores males da atualidade. Que conduz a outros. "O homem que é exposto aos ruídos por longos períodos fica com depressão nervosa e pode apresentar lesões orgânicas" (Prof. Dr. Vendramini). "O ruído seria uma das causas, entre as mais importantes, da arterioesclerose" (Dr. Carrel). "Ruídos intensos provocam diminuição do rendimento profissional, hipotensão, perda do apetite, aerofagia, astenia e irritabilidade nervosa, cefaléia, distúrbios do sono" (Dr. Bugard). Por isso é que existem materiais que constroem o silêncio, como as chapas Eucatex. No fôrro, dividindo ambientes ou revestindo paredes, as chapas Eucatex chegam a absorver até 93% do ruído ambiental. Você está sempre bem protegido com Eucatex: repousando, trabalhando, vivendo.

NÔVO SISTEMA DE COLOCAÇÃO DAS CHAPAS EUCATEX T&G — Cada chapa tem uma lingueta e uma ranhura. A lingueta é pregada ou grampeada no taruqamento de madeira. Depois, outra chapa se encaixa na primeira através da ranhura. A colocação é feita com muito mais rapidez, pois as linguetas e ranhuras servem como "guia". Qualquer imperfeição de pregagem ou grampeamento é totalmente encoberta. O que você vê é um fôrro contínuo, perfeito, uniforme.



EUCATEX S.A. - São Paulo: Av. Fr. Matarazzo, 530 - Fone: 51-9108 - Caixa Postal 1683 • B. Horizonte: Av. Amazonas, 311 - s/ 802/803 - Fone: 2-5170 • Brasília: Ed. "Arnaldo Dumont Villares" - Q. 17 - Lote 17 S. C. S. - Cj. 221 - Fone: 2-8779 - D. F. • P. Alegre: Ed. "Annes Dias" - Av. Prof. Annes Dias, 154 - Cj. 1701 - Fone: 4-2145 • R. de Janeiro: R. 7 de Setembro, 124 - 7.º - Fone: 43-2794 • Recife: Ed. "Igarassu" - P. do Carmo, 30 - 13.º - Gr. 1304 - Fone: 4-3205 • Curitiba: Av. Getúlio Vargas, 915 - Fone: 4-7768

Fôrro é Eucatex

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