

R2140 7-3° F66

Anais

DO HOSPITAL
CENTRAL
DO EXÉRCITO

INSTITUTO
OSVALDO ALVES
4 AGO 1971
BIBLIOTECA



V. 13 ✓

N.º 13 - 1968
1969
22 - 3 - 1890
78.º da Criação
20 - 6 - 1902
66.º da Instalação

*to Sr. Paula,
poshite anexo o
Diário.
26.8.69*

CEIGY DO BRASIL S. A.
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA
DATA 10-9-69

**RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPI-
TAL CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890
(Fundação) ATÉ A PRESENTE DATA**

1. — Cel. Dr. Antônio Pereira da Silva Guimarães — de
16-4-1890 a 3-9-1890;
2. — Cel. Dr. José Porfírio de Melo Matos — de 3-9-1890 a
19-9-1898;
3. — Ten. Cel. Dr. Flávio Augusto Falcão — de 19-11-1898 a
20-5-1903;
4. — Ten. Cel. Dr. Raimundo de Castro — de 27-5- 1903 a
1-4-1904;
5. — Ten. Cel. Dr. José de Miranda Cúrio — de 9-4-1904 a
26-12-1904;
6. — Ten. Cel. Dr. Ismael da Rocha — de 26-12-1904 a 1-4
1908;
7. — Ten. Cel. Dr. Antônio Ferreira do Amaral — de 10-5-1909
a 31-12-1914;
8. — Ten. Cel. Dr. Manuel Pedro Vieira — de 2-1-1915 a
14-12-1918;
9. — Cel. Dr. Virgílio Tourinho Bitencourt — de 14-12-1918 a
15-7-1920;
10. — Cel. Dr. José de Araujo Aragão Bulcão — de 15-7-1920
a 16-11-1922;
11. — Cel. Dr. Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922
a 2-5-1923;
12. — Cel. Dr. Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-
-1924;
13. — Cel. Dr. Alvaro Tourinho — de 15-10-1924 a 11-4-1929;

14. — Cel. Dr. Manuel Petrarca de Mesquita — de 11-4-1929 a 24-1-1935;
15. — Cel. Dr. Antônio Alves Cerqueira — de 11-2-1935 a 24-6-1936;
16. — Cel. Dr. José Acilino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;
17. — Cel. Dr. Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-11-1941 a 27-12-45;
18. — Cel. Méd. Dr. Humberto Martins de Mello — de 24-1-1946 a 15-7-1946;
19. — Gen. Méd. Dr. Alfredo Issler Vieira — de 15-7-46 a 18-11-15-7-46;
20. — Gen. Méd. Dr. Achilles Paulo Gallotti — de 30-11-49 a 11-11-51;
21. — Gen. Méd. Dr. Olarico Xavier Airoza — de 7-10-52 a 10-8-53;
22. — Gen. Méd. Dr. Arthur Luiz Augusto de Alcantara — de 12-11-51 a 30-9-52;
23. — Gen. Méd. Dr. Generoso de Oliveira Ponce — de 18-3-59 a 1-4-60;
24. — Gen. Méd. Dr. Olivio Vieira Filho — de 4-4-60 a 15-4-63;
25. — Gen. Méd. Dr. João Meliceski Junior — de 7-5-1963 a 3-12-1965;
26. — Gen. Méd. Dr. Álvaro Menezes Paes — de 20-1-1966 a 12-4-1966;
27. — Gen. Méd. Dr. Galeão da Penha Franco — de 7-7-1966 (atual diretor).

ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO XIII	1969	Nº 13
----------	------	-------

S U M Á R I O

Relação dos Diretores Efetivos do Hospital Central do Exército desde 1890 (Fundação) até a presente data	1
Gen. de Ex. Aurélio Lyra Tavares — Reconhecimento	5
Gen. de Ex. Adalberto Pereira dos Santos — Reconhecimento	7
Maj. Dr. Emmanuel Marques Porto — Homenagem Especial	9

EDITORIAL

Direção do HCE no período 1967-1968 — Gen. Méd. Dr. Galeão da Penha Franco — Dir. do HCE	11
--	----

ARTIGOS ORIGINAIS

Organização de Hospital Militar (HM) — Gen. Bda. Méd. Dr. Galeão da Penha Franco	15
Hipertensão Arterial, Cardiopatia Isquêmica, Trabalho Profissional e suas Implicações — Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva	23
O Conceito de Escala de Observação e suas Interferências Médicas — Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva	27
Progresso Cirúrgico e Arquivos Médicos — Docente livre Silvio Levy	29
Algumas Observações sobre a Pintura de Epilepticos — Ten. Cel. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira	33
Malefícios Provocados pela Maconha — Maj. Méd. Dr. Tong Ramos Vianna	41

Esquizofrenia — Seg. Ten. Méd Dr. Paulo Ricardo Catalice Lipke	49
A Importância dos Fatores Circunstanciais na Imputabilidade Penal — Maj. Méd. Dr. Tong Ramos Vianna	55
Odontologia como Fator de Desenvolvimento Sócio-Econômico — Maj. Dent. Dr. Luiz Carlos Hypolito da Silva ..	59
Plano de Trabalho para a Implantação do Serviço Social Médico-Psiquiátrico no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria — Nazareno José dos Santos, Ana Maria Ferreira de Souza e Vera Maria Galvão Salinas	67
Dados Sobre o Relatório Oficial do Hospital Central do Exército	87
Atividades Administrativas	101
Centro Social Marechal Ferreira do Amaral	115
Centro de Estudos do Hospital Central do Exército	123
Atas	125
Sumário de 1941 a 1968	145
Quadro do Pessoal do H. C. E. em 22-3-69	155



RECONHECIMENTO

GEN. EX. AURÉLIO DE LYRA TAVARES

Neste número dos ANAIS DO HCE sentimos a obrigação de ver inserto o nome do Exmo. Sr. Gen. de Ex. Aurélio de Lyra Tavares, muito digno Ministro do Exército, pela sua ampla visão em solucionar os problemas básicos de funcionamento desse importante órgão dos poderes públicos — o Exército — que é uma das parcelas fidedignas da democrática contribuição do povo brasileiro, empenhado no engrandecimento de nossa Pátria. Na complexidade de sua administração soube o Exmo. Sr. Gen. Lyra distribuir com inteligência e precisão sua ponderada atenção a todos os pontos fundamentais da equilibrada e perfeita evolução de seu Ministério ressaltando sem dúvida aqueles considerados de maior prioridade sem entretanto deixar de impulsionar tantos outros que também se constituem em peças indispensáveis à marcha de tão importante engrenagem propulsora de nosso país. Por várias vezes teve o HCE a honra e o prazer de receber a visita de S. Exa. no decorrer dos anos de 1967 e 68 sempre com seu olhar interessado e dêle ouvir a declaração de constituir



o Hospital um dos elementos que considera indispensável, como todo o Serviço de Saúde, ao perfeito funcionamento do Ministério sob seu comando, mas não apenas comentando e também agindo e atendendo às necessidades de nosso nosocômio.

Por estas razões é que ANAIS do HCE necessita inscrever seu nome como chefe dedicado e atento aos seus problemas do Hospital, prestando assim uma merecida homenagem pelo apoio prestado, felizmente uníssono com outros setores de sua administração que têm sentido a decisão de seus atos, no nosso caso, na manutenção do moral do efetivo do Exército. Respeitosamente nosso reconhecimento ao Exmo. Sr. Gen. Ex. Aurélio de Lyra Tavares.



RECONHECIMENTO

GEN. EX. ADALBERTO PEREIRA DOS SANTOS

Não pode o HCE eximir-se de agradecer em seu período de 1967 e 68, que constitui matéria destes ANAIS, o apoio e a cooperação do Exmo. Sr. Gen. Ex. Adalberto Pereira dos Santos, chefe do Estado-Maior do Exército. Grande conselheiro da Direção do Hospital, sereno, perscrutador, objetivo e sobretudo, franco e interessado nos assuntos que lhe são apresentados, o Exmo. Sr. Gen. Adalberto, dedicou grande parcela de suas atividades, direta ou indiretamente, em prol de nosso nosocômio.

Por si mesmo ou por intermédio dos meios à sua disposição sempre apoiou as iniciativas do HCE, colaborando moralmente na parte administrativa principalmente, não só na sua função de chefe do Estado-Maior mas como também, anteriormente, como Comandante do Primeiro Exército. Convidados quem, com a

compreensão de chefes como o Exmo. Sr. Gen. Adalberto, pode o Serviço de Saúde e, em particular, o Hospital Central do Exército sentir-se apoiado para cumprir a árdua missão que lhe é destinada é que nesta oportunidade nos proporciona render nossos agradecimentos em reconhecer que nossos esforços são reconhecidos e nos anima ainda mais ao trabalho proposto pela missão que temos a cumprir.

Ao Exmo. Sr. Gen. Ex. Adalberto Pereira dos Santos o nosso maior reconhecimento.





HOMENAGEM ESPECIAL

MARECHAL DR. EMMANUEL MARQUES PORTO

Há nomes que se firmam, que não podem ser esquecidos porque serviram de exemplo e são destinados a passarem à história.

História que, geralmente não se sente enquanto nela atuamos ou fazemos parte. Porém nem sempre assim acontece e nós a sentimos agora mesmo, quando nela atuamos e nela fazemos parte, pois privamos com um desses nomes que se revelam numa sobriedade eloqüente, numa nobreza construtiva, numa pureza de alto destaque. Revelado por uma prestação de exuberantes serviços, sob uma modestia invejável, numa produção palpável embora sem alardes, constituída já em situações normais ou aplicadas em casos especiais, demonstrando efetividade em qualquer uma delas, exaltadas pelo controle de discernimento, valendo-lhe então os maiores encômios de seus pares, de seus eventuais superiores ou de seus subordinados.



O Marechal Emmanuel Marques Porto é uma dessas figuras, desses nomes que procuramos em rápido prólogo esquematizar. Nêle entra em foco mais alguma coisa que a simples generalidade: o coração, a amizade, a simpatia, a firmeza de caráter. Torna-se, sem dúvida, um ídolo ou um exemplo a ser seguido, que deve ser admirado e homenageado.

Fazemos então justiça a um lido representante de uma classe constituída de médicos militares, especificamente do Exército mas que com isso não consideremos nela circunscrita, pois a classe médica é antes de tudo extensiva aos meios civil e militar reservando a oportuna aplicação para cada uma delas porém regida pelas normas gerais da ciência médica. Ao editarmos este número dos ANAIS do HCE rendemos nossa homenagem a esse eminente brasileiro, médico do Exército, Chefe do Serviço de Saúde da Força Expedicionária Brasileira na Segunda Guerra, que ufanamos de tê-lo entre nós médicos do Exército, elementos do Hospital Central do Exército onde ele forjou seus conhecimentos desde estudante como seu interno e a quem tanto se dedicou.

Agradecidos, nosso querido Marechal Médico pelo renome que trouxe para nosso meio, tantas honras e tantas glórias, pela técnica apurada de suas mãos de cirurgião e pelo grande coração dedicado ao bem da humanidade.

Nota da Direção: — Já se encontrava em composição esta homenagem, quando a seis de fevereiro de 1969, faleceu nosso pranteado Marechal tendo seu corpo sido velado e saído do salão nobre do Hospital Central do Exército, para o cemitério de São Francisco Xavier (Caju) Rio - GB, acompanhado de altas personalidade civil e militares e, especialmente, pelo pessoal dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, cujo S.S. da FEB, chefiou.

EDITORIAL

DIREÇÃO DO HCE NO PERÍODO 1967-1968

Gen. Méd. Dr. GALENO DA PENHA FRANCO
Diretor do H.C.E.

Mais um ano incorporou-se à preciosa existência e à história deste grande estabelecimento hospitalar, repleto de glórias passadas conseguidas com muito esforço, dedicação, aplicação, sacerdócio e técnica. Não bastasse o desempenho dentro desse período e o acervo que traz de anos anteriores seriam os necessários a impulsionar para frente esta casa que é um nome feito, é uma tradição. Ao findar-se 1968 todos devemos em nossas orações natalinas volver nossos pensamentos para quantos por aqui passaram e dedicaram seus esforços no sentido de manter o HCE à altura que merece e que foi sustentado nos sucessivos anos de trabalho e pelas gerações que souberam cumprir a sua missão. Em suas enfermarias, em suas salas, em seus corredores vêm-nos sempre à lembrança os nomes de quantos deram o máximo de si sem que sentissem naquele momento o quanto estavam concorrendo para o futuro de seu Hospital, sanando a dor do enfermo e consolando os seus entes queridos, executando com firmeza as normas regulamentares representadas em última análise pela função primordial de manter o estado de saúde da grande família militar.

Estes nomes! Relembrados pelas suas técnicas postas em ação nos momentos sérios, graves, intervalados de rebuscados humorísticos que, a par das atividades técnicas constituem o anedotário indispensável à manutenção de um equilíbrio agradável à luta diária e que é assim amenizada e compensa os êxitos pouco favoráveis. É a vida do H.C.E.

Não pensem nossos colaboradores na pesada missão de continuidade dessa vida, que seus Diretores não meditam em todos pormenores que levem adiante a execução dessa missão. Sentem e têm a certeza, todos, que são correspondidos, razão porque são agradecidos e, no presente momento, a atual direção envia suas primeiras palavras a todos que com ela marcharam compenetrados de um trabalho consciente, dando o de melhor que seus esforços permitiram.

Recordando em largos traços o que foi feito em 1968, tem-se de início a declarar que muito nos honrou o apoio irrestrito de todas as autoridades superiores, pontificadas pelo Exmo. Sr. Ministro do Exército, que coloca sempre entre outros, o apoio do

Hospital como elemento que é de recuperação e manutenção da saúde além do papel importante de ser encontro obrigatório de todo militar do Exército da ativa ou da reserva, nos momentos de aflição da doença que lhes atinge. Os Exmos. Srs. Diretores Geral, Administrativo e Técnico, apoiados por sua vez pelo Exmo. Sr. Chefe do Departamento de Provisão Geral, constituíram esteios destacados na manutenção do funcionamento do Hospital. Seguiram-nos, também os Exmos. Diretores da DOFE, Intendência, Subsistência e Finanças do Exército. Citando tais colaborações não estamos isentando tantas outras Organizações Militares que muito colaboraram ao HCE. A todos o respeitoso agradecimento.

Com meios razoavelmente necessários, cumprimos nossa missão. No setor administrativo a luta foi grande no melhoramento de imóveis, redes d'água e esgotos, bem como de gás, esta tendo nos dado um trabalho insano em determinada ocasião. Adaptações dos velhos Pavilhões, reaparelhamento de enfermarias e repartições diversas em móveis, máquinas, ventiladores, ar refrigerado, meios de comunicação, estufas, bancos, cadeiras, poltronas, roupas de cama e banho, pijamas, procurando dar uma maior integração das dependências e complementando-as com o melhor nível intelectual do pessoal, com a execução de cursos, palestras, intercâmbio cultural, assistência social.

No setor técnico fato semelhante se passou e a aquisição de aparelhagem e instrumental técnicos, preparo do pessoal, liberação de estágio a elementos externos, apoio técnico às diversas clínicas, concordância após estudos, na execução de programas propostos pelos diversos chefes de serviço, foram em resumo medidas que visaram a trazer no mais alto nível possível os elementos responsáveis pelo atendimento aos baixados. Muito seria enserido nestas linhas se fôssemos descrever minuciosamente o efetuado em 1968 no terreno do atendimento ou apoio aos elementos executantes, feito pela Direção do HCE. Grande parte encontra-se discriminado nos trabalhos destes ANAIS, adiante expostos, como o Relatório Anual e a prestação efetuada pelo chefe da Seção Administrativa. Observa-se entretanto que no terreno técnico todos os serviços se portaram à altura das tradições do nosocômio, dando uma imensa contribuição à recuperação do estado físico e mental dos militares do Exército, seus familiares, servidores do Ministério do Exército e pessoas de suas famílias, além de casos esparsos de outras origens, como das Forças Auxiliares, elementos de outros Ministérios e diversos que eventualmente tenham se valido de sua hospitalização. Deve ser destacado o alto padrão técnico posto em execução e ressaltar não fôra a deficiência em mão de obra especializada, muito mais po-

deríamos documentar para demonstração do esforço verdadeiramente sobrehumano de cerca de cento e poucos médicos, farmacêuticos e dentistas para o atendimento médico de 1.200 baixados. No terreno administrativo citaremos o desempenho do apoio de base dos órgãos que o compõem representados pelos elementos militares e funcionários civis. Todo o possível foi feito para a contínua alimentação em meios, para o ambiente de trabalho e material adequado.

Ao iniciarmos estas linhas o fizemos agradecendo aos colaboradores e reconhecidos pela assistência das autoridades superiores. Agora não podemos nos esquivar de dizer que muito ainda necessita o nosso Hospital; as solicitações e exposições de motivos para melhorias ou reparações que ainda não foram solucionados, como o xadrez, a Capela, o Pavilhão de Isolamento, o Pavilhão Canrobert, a lavandaria, a cozinha geral, o sistema de esgoto, as ligações laterais, o sem número de pequenas mais indispensáveis providências que ficaram pendentes, como a adaptação dos novos aparelhos de Raios X, que, de valor inestimável estão em depósito no Estabelecimento Central de Material de Saúde é outro problema ainda não resolvido e que precisa de urgente solução. São, portanto, reiterações de solicitações que nos caberia esplanar e contar com mais essa colaboração da DGSE e DOFE para complementação de tão preciosos meios o nosso serviço de Raios X.

Os leitores deste número dos "ANAIS DO H.H.C." encontrarão no seu texto, em esquematização, o resumo do relatório completo apresentado aos escalões superiores, retrato fiel do ocorrido.

Ao encerrar essa exposição das atividades do HCE em 1967/1968 mais uma vez compartilhamos com nossos auxiliares, elementos executivos e agradecemos o trabalho desenvolvido, fazendo votos que no limiar de um novo ano tenhamos forças para desempenhar com denodo tão sublime missão a que nos propusemos.



ARTIGOS ORIGINAIS

(Páginas 15 à 85)

"ANAIIS DO H.C.E."

N.º 13 — 1969

ARTIGOS ORIGINAIS

ORGANIZAÇÃO DE HOSPITAL MILITAR (HM)

Gen. Bda. Méd. Dr. GALENO DE PENHA FRANCO
Diretor do HCE

Observa-se desde logo a importância do estudo pelo enunciado do título pois destina-se a transmitir a maneira como se proceder a fim de organizar-se um Hospital Militar. Desde logo esse estudo ficará ligado ao papel que nessa organização irão desempenhar os elementos considerados "auxiliares" de vez que como órgão técnico os elementos que compõem o setor técnico serão, por sua vez considerados os de decisão que é o de alcançar a finalidade.

A finalidade do Hospital Militar é pois, a assistência técnica aos doentes.

O papel, de elementos auxiliares, será então representado pelo efetivo de pessoal QOE, QOA, Oficiais Enfermeiras e poder-se-ia acrescentar oficiais de Arma e Intendentes já afeitos aos problemas de saúde.

O assunto engloba Hospital Militar em Paz e em Campanha. Efetuar todo estudo seria vasto. Diga-se então que quer um quer outro exige um minucioso trabalho de planejamento de tal forma que a adaptação de paz seja possível ao tempo de guerra.

A amplitude do Hospital Militar variará, por sua vez, com o atendimento a ser feito, variando conforme a localização e a área a ser atendida. Como o estudo é do Hospital Militar não deve ser esquecido que o tipo será de acordo, também, com a força a ser atendida. Exército, Marinha, Aeronáutica, com as características inerentes a cada.

Optou-se pelo estudo do Hospital Geral, do Exército como exemplo da organização, uma vez que, assim, com as devidas reduções ter-se-á idéia da organização de menores em sua amplitude.

Por fim, o estudo da Missão do Hospital Militar orientará sua organização, partindo-se da missão geral de atendimento aos internados, o ambulatório, ligado ou não ao Hospital Militar, o serviço de pronto socorro e aproveitamento do material e pessoal, no ensino e na pesquisa.

2 — ELEMENTOS DETERMINANTES

Para ser organizado o Hospital Militar uma coletânea de dados deve ser feita já orientada pelo conhecimento prático e exemplos de outras empresas, já como memorização de dados provenientes do tirocínio da comissão organizadora. Entre outros destacam-se então:

- a) Missão;
 - b) Clientela;
 - c) Localização;
 - d) Área territorial;
 - e) Problemas intrínsecos:
- Especialidades — pessoal: técnico e administrativo.

É incontestável o papel de Missão, orientadora básica da organização; em contraposição a clientela, que é o elemento a ser atendido entra com o contingente primordial. A esta tudo será dedicado e por ela todo o respeito deve ser dado. Costuma-se dizer ser o elemento soberano do Hospital, é representado, pelo "dcente".

A localização é outro importante elemento a considerar, pois entre outras lições dela tiradas o tipo de clientes, a distância a ser atingida, o ambiente, etc. tudo orientará o organizador. A extensão a ser atendida, as características e dificuldades da área territorial, também muita influência na organização. Por fim surge o atendimento aos problemas internos que deverão ser observados, o pessoal a prestar o atendimento primordial (técnica) e de base (administrativa) e todos aqueles serviços auxiliares que atendem simultaneamente à parte técnica e à parte administrativa.

Para que os serviços técnicos se desenvolvam há necessidade que uma série de medidas administrativas sejam tomadas e que também se desenvolvam paralela e permanentemente. Eles se organizam da seguinte forma:

Serviços Administrativos:

Portaria, Triagem, Secretaria, Arquivo Geral e Ajudância.

Sec. Administrativa:

Fiscalização Adm, Tesouraria, Contadoria, Aprovevisionamento, Almoxarifado e Viaturas.

Serviços Gerais:

Obras, Manutenção, Segurança, Vigilância, Guarda, Apoio aos Serviços, Higiene e Profilaxia.

São os elementos administrativos considerados básicos para o desenvolvimento de função técnica. É um verdadeiro alicerce onde eles se apoiam e constante proteção e colaboração em seu desencadeamento para bem atender à clientela. Inicia-se portanto com a função de recepção representada pela Portaria e a devida triagem que orienta o caminho ao cliente ou aqueles que procurem o Hospital Militar. A parte burocrática se desenvolve dentro da Secretaria que para isso tem os seus meios para as diversas informações bem como arquiva a documentação geral para o futuro. Os assuntos de pessoal e da vida do Hospital Militar se desenvolvem na ajudância onde convergem todas medidas a serem executadas, resumidas em publicação diária para conhecimento de toda organização. Seguem-se então, as diversas atividades não menos importantes e que constituem como que sustentáculo da existência da organização: a Fiscalização Administrativa responsável pelo movimento de tudo que é necessário a suprimento de material técnico ou não incluídos aí os meios como adquiri-los, as verbas, as economias, as aquisições e sua distribuição ao Almoxarifado do armazem de estocagem de material ou ao aprovisionamento responsável pela alimentação, tudo referente ao internado e ao efetivo do Hospital Militar. Dependências especializadas controlam e movimentam os numerários já de origem dos órgãos responsáveis superiores, já os de colheita por intermédio do Hospital Militar, como pagamento de diárias, indenização de trabalhos ambulatoriais ou dos internados, são eles a Tesouraria e a Contadoria. Ainda no setor da Sec. Administrativa há o apoio de transporte de pessoal e material, que determina haver o serviço de viaturas com sua frota de ambulâncias, viatura transporte de pessoal, de material e outros, com as conseqüências delas resultantes. Dir-se-ia que serviam até agora vistos os elementos de apoio básico, outros agora serão vistos e que atuam lateralmente, suprimindo, mantendo o patrimônio, conservando. São os serviços gerais representados pela atenção as obras materiais (consertos, reparos de móveis, materiais diversos, aparelhos, dependências, etc.) e também atenção às necessidades de origem pessoal, a segurança, à vigilância, o trânsito, a guarda, o apoio às dependências com pessoal auxiliar para limpeza, conservação, transporte de peças especializadas de serviços (reservatórios de oxigênio, esfriamento de transfusão de sangue) até o próprio transporte de pessoal a braços representado pelo serviços de padiolagem.

Ainda é nesses serviços gerais que vão ser encontradas as medidas de conservação e higiene representadas pela Higiene e Profilaxia, contra miasmas, mosquitos, ratos, etc., etc.

Não deve ser esquecido que todos assuntos até agora vistos atendem à parte material de administração. Existe algo mais

a ser observado e que não pode ser negado que é, que emana do material, que dêle exade e chamar-se-ia o atendimento social, espiritual religioso e de comunicação humana. O Hospital Militar tem que prevê-los e por isso existem os responsáveis por esse atendimento e o legislador tem que considerar e enquadrá-los em seu esquema. São, portanto:

Serviços Sociais — Centro Social
Serviços Religiosos
Relações Públicas.

Não será oportuno estender-se os estudos sobre cada um desses elementos, que mereceriam cada qual um vasto estudo. Compreender-se entretanto o alcance de cada um e a gama de elementos que seriam necessários para alcançá-los. Colocando com esses serviços, tem o Hospital Militar a colaboração de irmanados que estabelecem um limite entre algo material e espiritual, cada vez mais esclarecidas pelo seu aperfeiçoamento e representada pela Irmã de Caridade. Iniciadas em Hospital Militar como as primeiras enfermeiras, com a evolução havida no terreno médico e de enfermagem, algumas puderam ser mantida como tal, outras (a maioria) dedica-se a trabalhos administrativos das diversas dependências do Hospital.

Chega-se, então ao estudo dos "elementos técnicos" colecionados a fim de dar organização ao Hospital Militar em sua parte de precípua atividade. Grupam-se então nos seguintes setores visando aquela missão:

Serviço Técnico:
Clínica Médica
Clínica Cirúrgica
Clínica Especializada
Odontologia
Farmácia
Laboratório
Medicina Legal
Anatomia Patológica
Juntas Militares e Saúde
Aperfeiçoamento
Ensino
Arquivo Médico e Estatística

As clínicas destinam-se a ocupar pelas diversas dependências as especialidades médicas de atendimento à clientela. Ali influem os tipos hierárquicos uma vez que trata-se de Hospital Militar. Excetuam-se os casos de extrema urgência ou falta de

acomodações onde o estado físico do enfermo supera a própria hierarquia e até o sexo dentro de condições atuais de atendimento médico.

Entretanto a parte técnica não se cinge a curar mais ainda é necessário e mesmo é forçoso efetuar-se: exames de peças, perícias médicas, autopsias, fazem com que os setores especializados sejam previstos. É então a Anatomia Patológica e Medicina Legal, a Junta Médica que já não vão mais curar e sem opinar, prever, determinar medidas de esclarecimento ou de atitude perante o caso em tela.

Todo esse material administrativo e técnico aplicados ao Hospital Militar, sobretudo o técnico, é uma grande experiência a ser apresentada, aí então apareceu o grande papel do Hospital Militar como fonte de aperfeiçoamento e ensino. Naturalmente reune-se esse material e explora-se através os Centros de Estudo. Para ele e para a medicina em geral, exerce relevante atividade a documentação guardada e os exemplos colhidos que são catalogados pela Estatística e guardados no Arquivo Médico.

3 — HOSPITAL MILITAR EM CAMPANHA E EM PAZ

- c) QO HM em campanha — doutrinas
- b) Planejamento
- c) Missão (apoio imediato, recuperação e readaptação
- d) Hospital Militar em tempo de paz
- c) Organização — Doutrinas
- f) Missão (ecléctica — menos específicas)

O estudo comparativo entre um e outro Hospital Militar as características próprias embora as finalidades seja a de atendimento e recuperação do estado físico e mental.

As doutrinas variarão para a organização do Hospital Militar, um ponto entretanto deve existir é o de que todo Hospital Militar em tempo de paz deve adaptar-se a sua aplicação como Hospital Militar em Campanha. No planejamento de um e de outro levanta-se em conta o tipo de Missão que no Hospital Militar em Campanha pode ser o de atendimento imediato o da recuperação e o de readaptação. Serão tipos separados de Hospital Militar constituindo o prolongamento da cadeia de evacuação. No Hospital Militar em tempo de paz o atendimento é mais eclético e também sem a especificidade daqueles. O Hospital Militar em tempo de paz pode atender o Pronto Socorro, manter o mesmo readaptar o enfermo. Tal não acontecerá no Hospital Militar em campanha que é movido pela característica de inabilidade da cadeia de evacuação.

4 — EFETIVOS

O Hospital Militar aproveitados os elementos acima enumerados procura-se então dar a responsabilidade do pessoal para sua execução. E' a organização da parte de Efetivos. Ter-se-ia, em resumo:

Efetivos:

Oficiais S. Saúde (DGSE)

Oficiais outros quadros
armas — QOA — QOE

Praças de SS.

S. Saúde — Outros

Enfermagem e auxiliares civis

Estagiários

enfermagem — estudantes

Pelo simples enunciado verifica-se o que seja a sua finalidade e a escolha a ser feita.

Pelos dados existentes, pela missão do Hospital Militar, pelo cálculo do trabalho a enfrentar pode-se partir para um efetivo mínimo, se o regime fôr de economia de meios ou para o melhor efetivo se houver tal probabilidade.

Não há porque deter-se no exame minucioso desse estudo de efetivo pois fácil se compreende suas finalidades. Deve-se, entretanto, acentuar-se o papel do pessoal auxiliar do elemento técnico, oficiais e praças, não do Quadro de Saúde de médicos, farmacêuticos e dentistas, que são de grande valia como auxiliares dos técnicos. E' o oficial QE, os oficiais enfermeiros e mais ainda os QOA afeitos aos assuntos da saúde e poder-se-ia agrupar para a organização de um Quadro de Administração de Saúde, os oficiais de armas dedicados à Fiscalização Administrativa e os Oficiais Intendentes também afeitos aos problemas de Tesouraria, Aproveitamento e Almoxarifado de organização de saúde.

5 — ORGANOGRAMAS

Possuindo o conhecimento acima resumido, pode a Comissão organizadora, ou os elementos responsáveis, propor um tipo de organograma para a sanção das autoridades superiores. Como exemplo, segue-se uma organização de Hospital Militar Geral para cerca de 1.000 baixados.

6 — CONCLUSÃO

- a) O Hospital Militar órgão técnico de funcionamento semelhante a seu congênere civil;
- b) Características próprias, apresenta, como Organização Militar;
- c) A clientela orienta sua organização e funcionamento;
- d) Planejamento para paz e campanha;
- e) Tratamento internado, Ambulatório e Pronto Socorro;
- f) Aproveitamento no aperfeiçoamento e ensino;
- g) Integração no meio universitário como solução do serviço militar e para recrutamento para os Quadros de S. Saúde;
- h) Missão precípua — Técnica, mas não em detrimento da Função Administrativa — básica e da Assistência Social;
- i) Cumprimento dos preceitos regulamentares como Organização Militar que é.



Lançamento de Livro de Poesias do funcionário Gabriel Meinick (como atividade do Centro Social do HCE)



Gen. Bda. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco, quando de sua recente promoção

HIPERTENSÃO ARTERIAL, CARDIOPATIA ISQUÊMICA, TRABALHO PROFISSIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES

Cel. Méd. Dr. NILSON NOGUEIRA DA SILVA

A etiologia da hipertensão arterial continua a desafiar o empenho dos pesquisadores em desvendá-la. É bem verdade que muita coisa já foi trazida a lume, assim como a origem metabólica, renal, tumoral, endócrina de muitas hipertensões arteriais. Também é verdade que o fator psicogênico, nas civilizações industriais contribui, de maneira sensível, para seu desabrochar. São, talvez, as duras condições de luta pela vida nas grandes cidades, a multiplicidade de ocupações, a dispersão intelectual, a tensão mental contínua, a fadiga, com a libertação de toxinas que levam rapidamente ao "stress" de Hans Selye e, com êle, ao aumento da resistência periférica.

Há ainda a chamada hipertensão arterial essencial cuja etiologia é desconhecida, mas que vem como mecanismo fundamental o aumento da resistência periférica. Observamos ainda muitas hipertensões arteriais essenciais de origem hereditária ou com predisposição dominante ancestral.

Seja qual fôr a causa, a elevação da pressão sangüínea acelera, com as variações individuais, o progresso da arteriosclerose dos vasos, verbi-gratia, nas zonas de maior atrito sangüíneo: bifurcação de vasos e croça da aorta, que, pela morfologia em cabo de guarda-chuva, propicia as temerosas zonas de atrito.

A hipertensão arterial na adolescência e na juventude têm, geralmente, prognóstico mais reservado que na idade madura e na velhice, mormente quando não é passível de intervenção cirúrgica.

A hipertensão arterial essencial em que pesem as cifras sistólicas ou diastólicas medianamente elevadas, se não tiver repercussão renal, cerebral, cardíaca ou periférica (membros superiores ou inferiores) apenas necessita de terapêutica dietética e não restringe um trabalho profissional físico ou mental.

Têm-se observado indivíduos com pressões sistólicas e diastólicas elevadas, em grande atividade profissional sem sintomas e atingindo à velhice.

Consequentemente, é de bom alvitre, ao dar-se parecer sobre a capacidade laborativa de um hipertenso arterial, procurar saber se:

- 1) o cérebro está atingido pelo processo, pedindo ao oculista a fundoscopia;
- 2) os rins estão atingidos (provas comuns e aperfeiçoadas das funções renais);

3) o coração está lesado (semiótica física, telerradiografia do coração e vasos da base, eletrocardiograma);

4) há lesões arteriais periféricas (sinais, sintomas, cor, temperatura, manobras, sinal de Homans).

Caso esses fatores não estejam presentes, não vemos qual a razão no conceder-se licença para tratamento de saúde aos trabalhadores e funcionários que ocorrem pressurosos às nossas juntas de inspeção de saúde por serem hipertensos.

Além do mais devemos, a todo custo, evitar a neurotização do hipertenso, fazendo, para isso, que utilize normalmente a vida, tornando-se um ser útil, apesar do sintoma hipertensivo.

Embora não apresentem as vísceras e a periferia lesadas pela hipertensão, os depositários de pressões sistólicas e diastólicas elevadas devem ser afastados do serviço ou adaptados a outros, quando nas atividades profissionais põem em risco a vida alheia. É o caso dos motoristas, maquinistas de estrada de ferro, pilotos, etc. Embora sem apresentar sintomas, estão sujeitos em potencial a vertigens, tonteiras, lipotímias...

Deve-se sempre ter em mente evitar neurotizar o hipertenso; tirá-lo da neurose coata de tornar freqüentemente a sua pressão

Outrossim, também, deve-se evitar que, no tocante a funcionários públicos, estes valham do desequilíbrio da pressão para angariar vantagens do Estado, tornando-se um fardo insuportável ao Erário.

Estimulam-se os hipertensos a representarem galhardamente o seu papel de seres humanos desenvolvendo a sua capacidade laborativa de acordo com a situação atual de seus estados de saúde, pesando bem todos os fatores expostos acima, tendo em vista evitar existências frustradas, angustiadas, como que sob a tutela da espada de Dâmocles.

Por outro lado, é preciso evitar que os hipertensos utilizem a sua hipertensão para obterem benefícios do Estado, licenças prolongadas, incapacidades temporárias somente pelo motivo de ter pressão arterial alta.

Quando não se levam em conta os fatores apontados acima na avaliação assisada de uma hipertensão, é comum verem-se indivíduos em licença para tratamento de saúde por doença hipertensiva, trabalhando como uns mouros na vida civil, nem sequer lembrando de sua enfermidade.

Resumindo: num caso de hipertensão arterial, para a concessão de licença para tratamento de saúde ou para afastamento do serviço, é preciso considerar e pesar os parâmetros: idade, etiologia, repercussão visceral e periférica; tipo de atividade profissional, avaliando judiciosamente o esforço físico e mental desta, a situação econômica, o exercício profissional em relação ao risco individual e coletivo. Além disso, um honesto

tudo com longa experiência misturada é decisivo ao médico da junta de inspeção.

A cardiopatia isquêmica, também chamada aterosclerótica, ou, ainda, coronariopatia aterosclerótica, impõe certas implicações com o trabalho profissional. O diagnóstico de coronariopatia isquêmica traz grande responsabilidade para quem o faz, dado a que acarreta danos morais e econômicos aos atingidos. Há também a dificuldade do diagnóstico eletrocardiográfico, quando o paciente não apresenta sinais e sintomas que o façam suspeitar depositário de tal doença. A coronárioesclerose pode não apresentar qualquer sinal ou sintoma clínico, sendo apenas achado eletrocardiográfico de ondas T isquêmicas, ditas de Pardee, ou as isquêmicas de Mann-Magath. Pode também ser denunciada pelo infra ou supradesnivelamento de ST nas derivações que captem os potenciais de VE.

Quando não há sinais e sintomas clínicos de coronariopatia aterosclerótica e, no entanto, existem no eletrocardiograma ondas T isquêmicas, o diagnóstico fica extremamente difícil, dado a que cerca de 20% desses casos correm por conta de distmetabolismo, disontias, disendocrinias, etc.

Os coronariopatas ateroscleróticos sem sinais e sintomas clínicos podem continuar sua atividade profissional, quer mental ou física, devendo apenas defender-se da preocupação ou tensão mentais constantes. Devem não ser neurotizados, com a atenção voltada continuamente para a sua doença.

Não podemos fazer grande coisa por esses doentes, já que padecem de uma doença degenerativa e todos nós sabemos que as doenças degenerativas não têm cura. Podemos, apenas, por uso de certos medicamentos, por um regime de vida adequado, tentar prolongar mais a vida do indivíduo, mas não sabemos quando e em que víscera o referido paciente vai ter um acidente agudo. Ademais, anatomicamente o coração é um músculo e, como tal, está sujeito à lei fisiológica: "quanto mais um músculo trabalha, mais se desenvolve". Isso porque aumenta as trocas químicas e metabólicas, ativando o metabolismo cardíaco e a oxigenação do músculo e fibras. O repouso muscular facilita o acúmulo de gorduras, a degeneração hialina, a tumefação turva e a conseqüente fibrose.

Não é, pois, prudente, nem mesmo inteligente (na acepção intrínseca deste termo — entender) submeter-se o coronariopata aterosclerótico a repouso físico excessivo, incutindo-lhe medo mórbido e tirando-lhe a alegria de viver. O trabalho físico bem orientado, melhorando o metabolismo das fibras cardíacas, facilita o desenvolvimento da circulação colateral, bem como a melhora da perfusão sanguínea e aumentado a gênese dos capilares.

É evidente que nos acidentes agudos, o repouso físico estrito se justifica, bem como nos casos agudos que deixam seqüelas. No infarto do miocárdio agudo ou recente cuja cura foi completa e que não deixou "reliquat": angina de peito ou insuficiência cardíaca congestiva, ao menor esforço físico, não vejo por que motivo possa-se-lhe restringir a atividade física adequada e normal.

Não temos observações dignas de crédito de que uma atividade física moderada prejudique o coronariópata que não esteja anginoso nem com insuficiência cardíaca congestiva crônica.

Modernamente as revistas internacionais que cuidam do assunto inclinam-se a favor da atividade física moderada no sentido de proteger os corações lesos.

No ambiente em que mais lidamos o militar — são inúmeros os indivíduos de infartos cardíacos, sem sintomas e sinais clínicos molestos, que desenvolvem grande atividade mental e física, numa atmosfera, às vezes, de extrema tensão psíquica, em cargos de enorme responsabilidade e que, no entanto, representam galhardamente seu papel de seres humanos.

O presente trabalho tem em vista prestar colaboração às IMS quando lidarem com hipertensos arteriais e coronariópatas ateroscleróticos, fornecendo-lhes alguns dados para julgamento.

Nas licenças e afastamentos do serviço, é preciso julgar o paciente com equidade e dentro de certos limites, sobretudo para evitar um pesado e insuportável "onus" econômico para o Erário, a comunidade e o país.

O diagnóstico eletrocardiográfico da isquemia subendocárdica pelo aspecto de ST-T em V5 e V6 (TV5 e TV6, positivos, simétricos e pontudos), precisa ser feito com cautela. Muitas vezes, temos que nos basear na clínica. Não é fácil a distinção com morfologias semelhantes da vagotonia, de certas simpaticotomias e da sobrecarga diastólica do ventrículo esquerdo. O desnível e a forma do segmento ST prestam preciosa ajuda diagnóstica.

O CONCEITO DE ESCALA DE OBSERVAÇÃO E SUAS INTERFERÊNCIAS MÉDICAS

Cel. Méd. Dr. NILSON NOGUEIRA DA SILVA

"A escala de observação é quem cria o fenômeno" escreveu Eugênio Guye, célebre físico e matemático suíço, e com essa simples frase, tão cheia de conseqüências, mostrou o ovo de Colombo.

A escala de observação pode ser considerada como a maneira com que se observam, estudam e experimentam os diferentes fenômenos da Natureza. É como que o ângulo ou a perspectiva por que são inspecionados os fatos do nosso universo.

Há inúmeras escalas de observação, tantas quantas as diferentes técnicas e conceitos operacionais necessários para obtê-las.

Os conceitos das diferentes escalas não podem ser misturados ou confundidos com os de escalas superiores e inferiores, pois são como compartimentos estanques.

Tomemos, por exemplo, o sangue. Na escala humana (a maneira como o vemos), nada mais é do que um líquido vermelho que corre por um corte de barba. Na escala química, apresenta-se como um aglomerado de proteínas, lipídios, glicídios, pigmento ferruginoso (hemoglobina), metais e metalóides em quantidades infinitesimais. Na escala física, assemelha-se a um gel, isto é, um colóide de micelas líquidas em suspensão no meio líquido. Além disso obedece às leis de Jurin, à da pressão osmótica e oncótica, ao princípio de Le Chatelier, às leis da tensão superficial e de certo modo à lei de Poiseuille.

Como se vê, citando apenas três escalas de observação, já obtivemos as mais variadas opiniões e deduções sobre um simples líquido — nosso conhecido — o sangue, que, aliás, mais nos interessa na escala humana.

Isso demonstra o que se disse acima: a escala de observação é quem cria o fenômeno. A compreensão desse fato nos protege contra falsas deduções e generalizações, quando esquadrihamos certos problemas médicos, biológicos, etc.

Os conceitos somente são dignos de crédito quando se ativerem exclusivamente à sua escala e dela não se afastando para generalizações abusivas.

Na escala psicológica dominam os princípios de mínimo esforço para o máximo de prazer. A tentativa (tão do agrado de biólogos do século XIX) de explicar um fenômeno psicológico em termos físico-químicos raramente faz algum progresso, porque um fenômeno fisiológico não se resume num físico-químico e muito menos um psicológico, num fisiológico.

A inteligência se esforça para interligar êsses diferentes fenômenos, suspeita e crê que haja um nexó entre êles, mas a escala de observação os separa inexoravelmente uns dos outros.

Quando se diz que os processos mentais se desenvolvem nas células piramidais da Betz ou nas da glândula pineal, trata-se de uma afirmação completamente destituída de valor, porque não há escala de observação nenhuma que nos permita ver ou experimentar processos mentais no interior das referidas células.

Já a lei da polarização dinâmica do neurônio de Dom Sebastian de Ramon y Cajal, que se intitula: "o influxo nervoso é axípeto nos dendritos e dendrífuco nos neuritos", é verdadeira pois foi obtida segundo certa escala de observação-consistente em certas técnicas tinctórias de prata especiais, facilmente observáveis ao microscópio.

Êsses fatos fundamentais sobre escala de observação dão grande apoio aos conceitos científicos; livram-nos de muitas superstições médicas e nos permitem andar num terreno sólido em busca da verdadeira cultura científica.

Nenhuma escala de observação ou conceito operacional demonstram, no momento, que o coração seja o órgão do sentimento ou do amor. Também não provam que o não sejam. O sentimento seria, antes, o resultado de certa atividade mental, de um estado de glândulas endócrinas, da presença de alguns minerais próximos às células nobres cerebrais e, finalmente, da atividade mecânica do coração para manter ótimo o ambiente que circunda as células cerebrais.

Ondas T, positivas, altas, pontudas e simétricas em VI, V2, V3, às vezes, em V4 e V5; quando coincidem com infarto diafragmático em evolução, são tidas como oriundas da isquemia subendocárdica concomitante. Contudo essa morfologia é observável em várias outras situações e, até, freqüentemente em casos normais — o que torna altamente improvável aquêle diagnóstico.

PROGRESSO CIRÚRGICO E ARQUIVOS MÉDICOS

Docente livre SILVIO LEVY (*)

1 — CIÊNCIA E ARQUIVOS — O desenvolvimento da ciência sempre correu paralelo com o arquivamento dos conhecimentos e das observações. As culturas milenares, que hoje são objeto de profundo estudo e nos assombram pela extensão de seus conhecimentos, comprovados ou empíricos, se esteiraram no hábito de colecionar documentos e dados. Quando os antigos médicos relatavam suas experiências, o faziam não só de memória, mas por cópias, reais ou simbólicas, de lesões devidamente colecionadas. A experiência terapêutica sempre se baseavam em modalidades de existência. O hábito chinês, de obrigar o doente a pagar médico enquanto estivesse são e não fazê-lo se adoecesse, é profundamente instintivo e revigorado hoje, sob a forma de Seguro Saúde ou da Previdência Social. Isto sempre condicionou a necessidade de Arquivo Médico e Prontuário Médico, como outros tipos de documentação médica, desde a forma mais primária, do desenho da lesão em casca de árvore, às peças anatômicas, já utilizadas nos "terapeus" gregos e nos museus medievais, até os volumosos prontuários modernos, felizmente condensáveis em fitas e discos magnéticos.

2 — PROGRESSO DA CIRURGIA — A cirurgia sempre existiu e vinculava-se, nos albores da cultura, aos mitos religiosos. Tentativas notáveis de plastias nos advem da Índia; os trogloditas legaram modelos de craniotomia; manobras obstétricas instintivas são utilizadas na atualidade. Tudo isto é reavaliado, reestudado e comprovado por estatística moderna. Daí a cirurgia exigir, não só tecnologia evoluida, como metodologia documentária perfeita. Tomei a cirurgia para confronto por dois motivos a responsabilidade cirúrgica é grande e só com documentação é protegida. Por outro lado as novas diretrizes cirúrgicas exigem experiência arquivada prévia e a documentação do trabalho efetuado. É do exame "a posteriori" da documentação colhida que se conclui se os métodos em uso são benéficos ou não e quais são mais eficientes. A avaliação da eficiência exige, não só espírito imparcial, sem temor dos números, como uso de metodologia

(*) Palestra proferida na sessão de encerramento do 1.º Curso de Arquivo Médico e Estatística da ABAME, realizado no Hospital Central do Exército.

(**) Docente de Clínica Cirúrgica das UFRJ e UEG. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Arquivo Estatística.

rígida. Diga-se que esta é cansativa, laboriosa e muitas vezes frustradora.

3 — AS "ARMAS" DA CIRURGIA — Seria supérfluo dizer que a cirurgia progrediu graças à anestesia moderna, aos antibióticos e à reposição das perdas orgânicas de líquidos, iões e proteínas. É preciso porém, insistir e reiterar o fato, muitas vezes olvidado, que somente se constata real progresso na qualidade e na variedade do trabalho cirúrgico, quando existe, lado a lado, organização eficiente para documentação, processamento de dados e análise estatística precisa. Sem isto, o trabalho dos cirurgiões se apaga e se confunde dentro de rotinas viciadas e nefastas ao progresso e à formação das escolas cirúrgicas.

4 — ARQUIVOS MORTOS E VIVOS — Os arquivos para serem considerados vivos, devem falar. Para isto é preciso que se lhes pergunte: só consulta arquivo quem tem curiosidade científica, tempo, isenção de ânimo e idoneidade científica. Infelizmente, a maioria de nossos arquivos "morre", por nossa culpa, não somos obrigados a levantar experiências ou a consultar documentos que nos reorientem. É-nos penoso declarar que apesar de ser grande entusiasta das técnicas documentárias, tenho convivido e atuado em Hospital onde a documentação é desprezada, ainda hoje. Menciono um Hospital da SUSEME, onde fui impotente para impedir que se jogasse fora as 1000 fichas iniciais do Ambulatório de Clínica Médica. Iludiram minha boa fé dizendo que removeriam as fichas para uma sala, temporariamente, e que após a chegada de novo armário, voltariam. Três dias depois, pedi para ver as fichas. Tinham sido entregues a um servente, que as vendera a um trapeiro. Não inculpo ninguém. O Arquivo estava morto: foi apenas sepultado, visto que durante 10 anos não fôra compulsado por ninguém. Também, com contrapartilha, observei que, a atividade cirúrgica do hospital se compõe predominantemente de: apendicectomias a frio (15%), perineorráfias (11%), histerectomias por fibromas (10,2%), herniorrafias (9,0%), exéreses de nódulos tireoidianos (6,3%), salpingectomias (6,3%), histerectomias por câncer (5,1%), operações nas vias biliares (5,1%), na mama (3,9), e prolapso gástrico (3,3%). Aí estão 70% da atividade de quatro clínicas operatórias. Acrescendo 7% de pequenos tumores diversos internos, 6% de diagnósticos sintomáticos, vemos que apenas 17% da atividade cirúrgica escapa desta rotina, o que vem a ser bem pouco para um hospital universitário. O fato costuma ser explicado com a alegação que há duas administrações e falta o dinheiro.

5 — REVITALIZAÇÃO DO ARQUIVO — Entre nós a predominância de arquivos mortos é evidente, até agora. Constituem

problemas de localização e manipulação difíceis. Basta dizer que o Hospital Souza Aguiar está com centena de livros em sala abandonada, de prédio a ser demolido de repente. "Faltam" dois funcionários que tragam a prateleira e os livros para as novas acomodações. Felizmente, esta era está sendo superada. Este curso mostrou que, ao lado da tecnologia minuciosa da coleta de dados médicos, ainda lenta e monótona, já existe tecnologia avançadíssima para processamento dos dados e guarda dos registros, em espaços pequenos. Mostrou a importância deste trabalho e o carinho que deve merecer na atualidade. A Diretoria esclarecida deste Hospital, se já não se conceituara tanto pelas suas dinâmicas realizações, mais o conseguiu, patrocinando este curso e outros que lhe sucederão, para exemplo de outras entidades e incentivo na melhoria dos padrões de trabalho.

6 — SURGIMENTO E PROSPECTIVA DA ABAME — Há dois anos estava se desenvolvendo o 1º Curso de Arquivo Médico e Estatístico promovido pela ABAH. Atuando como assessor do Diretor de Planejamento da SUSEME, aproveitei a oportunidade para interessar 25 funcionários e Médicos da SUSEME, que, uma vez inscritos tomaram grande interesse pela matéria. O Centro de Aperfeiçoamento Médico da Secretaria de Saúde também deu seu patrocínio, através da Ordem de Serviço N-SCA 6, de 11-5-66, originada em expediente por mim elaborado. Ao término do curso em data de 18 de julho de 1966, durante comemoração festiva como a de hoje, lancei as bases da ABAME, através de uma ata que recebeu 48 assinaturas e cujo "fac-simile" anexo a este relato. Entretanto, só em 7 de dezembro de 1967 é que se constituiu a Associação, através de uma nova ata registrada em livro próprio, com os estatutos e regimento interno aprovados em Assembleia Geral e já registrados em cartório. A idéia levou 18 meses para germinar e sem dúvida, prosperará viçosa e frondosa, congregando vários núcleos médicos e para-médicos do Brasil. Como prospectiva e perspectiva para o futuro próximo, se pode realçar o apêlo e a cooperação amistosas com a ABAH, a sequência de 6 cursos programados para 1968 e a preparação de um Congresso de âmbito nacional. A experiência adquirida neste primeiro semestre foi valiosa e incentivadora. Os reflexos na rede Hospitalar da SUSEME são evidentes, visto que a maioria de membros a ela se vincula. A Presidência da ABAME, por seu vínculo com o HSE do IPASE, constitui a maior segurança de nova etapa de trabalhos, em bases técnicas aprimoradas, fundamentada em 21 anos de atividades com equipamentos IBM tipo Hollerith, e agora, em transição para o computador eletrônico.

7 — Terminarei com um comentário sobre meu entusiasmo pessoal por este instrumento.

É justificado e não exorbita do que é lícito a um cirurgião almejar. Para não dizerem que sou visionário ou excêntrico, reproduzo aqui as palavras do Chefe de Cirurgia de um dos maiores hospitais de câncer do mundo; o Roswell Park Memorial, da Cidade de Buffalo, Estados Unidos. Trata-se do Dr. George Moore, que em 1962, em simpósio médico da IBM, declarava: "Felizmente, o Processamento Automático de Dados fornece maior massa de informações em menor tempo... A atividade do Hospital cresce, se torna mais complexa e se é obrigado a automatizar ou morrer. Esperamos que em 5 anos teremos a maioria das rotinas de arquivo executadas em um computador. O corpo clínico e científico poderá perceber imediatamente as tendências dos pacientes; as situações perigosas serão mais aparentes; os métodos terapêuticos terão fundamentos em experiência demonstrada e não em impressões clínicas individuais; ao invés de diminuir as oportunidades de relações "Médicos-Paciente", o computador permitirá sobra de tempo para que se ampliem". Comentário semelhante é divulgado por JOHN MAYNE, da Seção de Medicina Interna da Mayo Clinic, em Rochester, Minn: "A última década presenciou o aumento de demanda de cuidados médicos... A solução técnica é preparar mais médicos. Na prática isto não é fácil, nem é provável tal consecução a curto prazo. A alternativa será liberar o médico de atividades rotineiras, que, mesmo importantes, consomem muito tempo, a fim de se ampliarem as possibilidades de prover cuidados médicos. A tecnologia das informações, reduzindo o tempo gasto pelos médicos em coletar, organizar, registrar e pesquisar dados... com efeito, resulta em aumento do número de médicos e de suas possibilidades de coletar informações dos doentes. A par da melhoria do cuidado médico dispensado a cada paciente, ocorrerá maior satisfação para o facultativo".

8 — AGRADECIMENTOS:

- Ao Dr. Manoel Garcia, pela acolhida dada a meus planos de dinamização dos Serviços de Documentação e Arquivos Médicos na SUSEME.
- Ao Dr. Geraldo José da Rosa e Silva, pela acolhida e interesse demonstrado quanto aos problemas da SUSEME.
- A Sra. Maria das Vitórias Borges, pelas sugestões e orientação técnica que sempre me ofereceu.
- A Sra. Lêda Ticiano, por incluir o tema de computadores eletrônicos em cursos que promove.
- Ao Cel. Médico Dr. Galeno da Penha Franco, por me ter concedido a palavra nesta ocasião.
- A todos os presentes, pela paciência com que me ouviram.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE A PINTURA DE EPILEPTICOS

Ten. Cel. Méd. Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA

Define-se tradicionalmente arte como a maneira de realizarmos alguma coisa, segundo certos métodos. Quando a realização é o belo, dizemos que se trata de uma bela arte. A poesia, a eloquência, a pintura, a escultura, a arquitetura, a música e a dança são algumas dessas belas artes. Tentativas inúmeras tem sido feitas para classificá-las, levando-se em conta o material, a técnica ou a natureza das produções. De um modo geral, podemos dizer que o objeto estético ocupa o espaço ou a duração ou os dois; no primeiro caso estão as artes plásticas, no segundo a música, no último a dança e o cinema. Levando-se em consideração os dois referidos elementos, poderemos ter segundo MUNRO dois tipos de classificação, fundado um sobre o modo de apresentação (visual, auditivo), outro sobre o grau de mobilidade (artes estáticas e artes de movimento, dinâmicas). A pintura será pelo primeiro critério, uma arte visual, uma arte estática pelo segundo; a música será auditiva e dinâmica. Se analisarmos, porém, cuidadosamente uma obra de arte verificamos que as mesmas categorias estruturais encontram-se em todas elas: Harmonia, ritmo, melodia... O caráter espacial ou temporal e função apenas das diferenças de aptidão entre as personalidades. Do sistema músculo-neuro-hormonal de uma pessoa resulta sua maior capacidade para a música, para a pintura ou para a dança. A maneira de se captar as modificações do ambiente, de ordem física, ou significativa, varia de personalidade a personalidade, como também são viráveis as possibilidades de respondermos a elas com uma criação do nosso espírito. Um pintor pode ser considerado como uma personalidade que reage mais aos estímulos visuais do que o comum dos homens e é capaz de coordenar os seus movimentos no sentido de que o pincel produza uma obra significativa; um músico é aquele que capta e reproduz a beleza das sensações auditivas. Distinguem-se as artes no "fazer", mas em todas há um "sentir" que é comum. Arte e execução, mas muito mais do que isso é uma comunicação do mundo interior do artista. Fala-nos o pintor em suas telas, o escultor em suas estátuas, o bailarino na sua coreografia. Diante de uma obra de arte, nossa atitude está na dependência de nosso gosto natural e de nossa educação artística, mas também e muito mais, como salienta MARITAIN, da própria concepção que fazemos da arte. Se cremos que a mesma é um simples exercício de habilidade destilado ao prazer ou a nos distrair um momento, iremos julgá-la como um objeto que nos é submisso e do qual nossa

disposição de espírito e medida. Nesse caso, como acentua o grande filósofo contemporâneo, não julgamos propriamente a obra de arte, nós é que somos julgados por ela. Mas se acreditamos que a arte seja um esforço criador de uma personalidade no afã de nos comunicar algo que não consegue exteriorizar em idéias ou palavras, outro respeito nos merecerá, qualquer peça por nos contemplada. O objeto estético distingue-se sem dúvida do objeto natural; não tem existência a não ser para uma consciência, leva em si o seu sentido. Com M. DUFRENNE podemos dizer que é um "en-soi-pournous". O caráter do "em si" comanda a análise da obra de arte, enquanto que o "para nós" incita-nos a aprofundar a fenomenologia da experiência estética. No "em si" há mais um aspecto técnico; no "para nós" está sempre uma mensagem que, conscientemente o unão, transmite ao público o criador da obra. No "para nós" está a projeção do mundo interior do artista para o mundo circundante, a tentativa de tornar pública a sua cosmobição. Longe vai o tempo em que se acreditava que a arte fôsse inefável. Nela há sempre, como diz J. DELAY, uma projeção da personalidade na acepção estrita da palavra compete ao público descobrir, desnudar essa personalidade. — ETIENE SOURIAU analisa bem o fato do aparecimento de formas novas na arte anunciar, na história, outras trocas, espirituais ou sociais. O bizantino, o românico, o gótico, o renascentista, o barroco, são todos estilos que traduzem o espírito de suas épocas. A escala de valores de um determinado momento histórico aparece claramente nas obras artísticas que então surgem. A maneira de sentir, de pensar e de querer de uma era histórica pode ser perfeitamente reconstituída pela contemplação de uma pinacoteca. Mas, além do que é cultural, além das variações do Belo, anets considerado como absoluto e imutável, além daquilo que representa a solidariedade da arte com o resto das atividades intelectuais e práticas de uma época, há sempre na criação artística aquela exteriorização de um "eu" íntimo e secreto muitas vezes incapaz de ser conscientemente verbalizado e que oferece aos estudiosos da alma humana um manancial inesgotável de informes. Dessa fonte serve-se pródigoamente a nossa psiquiatria hodierna. As belas artes e, muito particularmente a pintura mostram ao especialista moderno, em maravilhoso complemento aos clássicos recursos diagnósticos, como pensa, como sente e como quer o seu paciente e mais, ainda, lhe revelam o que pensa, o que sente e o que quer o mesmo. . . Observando o conteúdo manifesto e oculto de cada obra de arte, abalizando o arabesco, a trajetória, a transparência, a cor aplicada, o próprio espaço gráfico (impregnado de elementos posturais como a direita e a esquerda, o alto eo baixo) enfim

todos os elementos da composição, vemos tentar desnudar a personalidade do seu criador, compreender a sua mensagem, mergulhar ao seu mundo secreto que não sabe ou não pode revelar de outra forma. Não é nova a interpretação da criação artística pela psicopatologia. Há quase 100 anos já TARDIEU (1872) ocupava-se do assunto, logo seguido de M. SIMON. Por volta de 1874 um médico italiano MORELLI, morto em 1891, sob o pseudônimo russo de IVAN LERMOLIEFF, revolucionava os meios artísticos da Europa, prescindindo da impressão de conjunto e acentuando a importância dos pormenores mínimos na identificação de quadros célebres. A importância desse "refuse" desse resíduo da observação, traços pouco estudados ou inobservados dos quais poderíamos deduzir coisas secretas ou encobertas foi salientada particularmente por FREUD que, com seus estudos sobre Da Vinci e sobre o "Moises" de Miguel Angelo, impulsionou bastante a psicopatologia da arte, jamais descurada por seus discípulos, ortodoxos e dissidentes, lamentavelmente com o de mérito de romanearem por demais a realidade no afã de justificarem as suas doutrinas. Estudos descritivos, observações experimentais, explorações de tipos diversos foram feitos por outros pesquisadores, particularmente nas últimas décadas, não existindo hoje hospital psiquiátrico que não tenha o seu setor de arte psicopatológica. No Serviço de Neuro-Psiquiatria do Hospital Central do Exército funciona há alguns anos uma seção de terapêutica ocupacional, com desenvolvimento particular no que tange às artes plásticas e que, paralelamente aos benefícios que vem prestando à recuperação de nossos enfermos, serve-nos frequentemente como excelente meio auxiliar de diagnóstico.

Encarregados que somos do setor de Epilepsia do referido S.N.P. resolvemos empreender uma pesquisa nas produções artísticas de um grupo de comiciais, analisando-as nas suas relações com os achados eletroencefalográficos.

O nosso material consta de 47 pacientes, todos com manifestações convulsivas generalizadas. De total, 36 apresentavam exclusivamente as crises de "grande mal", em quatro pacientes registrava-se a presença de ausências e em cinco outros tinhamos, associados às convulsões, crises psicomotras.

As frequências das crises era muito variável, diárias em um dos pacientes, semanais em dois outros, quinzenais em um, mensais em quatro, com intervalos maiores nos demais.

A idade dos pacientes variou entre 18 e 25 anos, contando a maioria (37) com 19 anos.

Dos 26 examinados, um apenas apresentava manifestações inter-críticas graves com alterações do tipo paranoide e outros

dois revelavam deficit intelectual nítido, podendo os 23 restantes serem considerados como normais psiquicamente.

No que tange aos traçados eletroencefalográficos, apresentavam-se os mesmos anormais em 25 pacientes, estando dentro dos limites normais de variação em apenas um paciente. No que diz respeito a localização espacial, encontramos traçados difusos em 5 pacientes (20%) e traçados focais em 21 (80%). Nos traçados focais encontramos anormalidades temporais em 14 (70%), fronto-temporais em 3 (15%), occipitais em 2 (10%) e frontais em 1 (5%).

A exploração dos antecedentes revelava influências genéticas em 4 pacientes, distúrbio em três, traumatismo em dois, problema infeccioso em um.

Durante o tempo de internação foram os pacientes submetidos a medicação, assim distribuída: Associação hidantoína-barbitúrico: 8. Barbitúrico exclusivamente: 7. Mysoline: 6. Associação Mysoline-barbitúrico: 2. Associação Mysoline-hidantoína: 1. Associação barbitúrico-Diamox: 1. Exclusivamente hidantoína: 1.

Na análise das produções artísticas encontramos diversas tendências, do figurativo banal ao geometrismo e à abstração formal. Em um único paciente, jovem baiano de 24 anos, justamente o que apresentava manifestações intercríticas severas, de matiz paranoide encontramos a presença de neomorfismos e paromorfismos de J. Bobon, correspondentes aos neologismos e paralogismos da língua falada tão nossa conhecida da prática psiquiátrica e típicos da Esquizofrenia. Esse paciente, portador de foco temporal esquerda com crises íctais de tipo psicomotor e ataques convulsivos generalizados bastantes frequentes e média semanais, revela na sua produção acentuada perseveração temática, geralmente figuras de aspecto monstruoso, quase sempre incompreensíveis. Cores sombrias, frequente uso do cinza e do marrom. Títulos abstratos a todas as composições nas quais se vê, repetida estereotipadamente dezenas de vezes a sua assinatura sempre na cor verde. Em algumas composições utiliza a mesma cor para outras estereotípias verbais ocupando a parte inferior do espaço gráfico. Pintava espontaneamente, produção riquíssima, tempo de execução ultrarápido.

Nos dois pacientes em que se observava deficit intelectual nítido aos recursos diagnósticos clássicos, a pintura apresentava-se pueril, sem originalidade. Várias cópias. A pintura espontânea revela temas figurativos, geralmente paisagens marinhas ou campestres, raras figuras humanas. Ausência total de perspectiva. Árvores sem linha de base, troncos longos. Figuras humanas toscas, desproporcionais. Tendência a ocupar todo o pa-

pel. Cores vivas, não correspondentes às habituais dos objetos representados. Perseveração temática. Produção pobre; tempo de execução muito lento. Ambos os pacientes têm EEG com anormalidades difusas e são portadores de crises isoladas de grande mal, em um deles bastantes frequentes relativamente espaçadas no outro. Um dos pacientes estava em uso de primidone o outro de uma associação hidantoína-barbitúrico.

Nos 44 pacientes restantes, em que não se registravam alterações intercríticas notáveis, encontramos três tipos de produção que nos permitiram classificá-los em três grupos. Um primeiro grupo caracteriza-se pela temática variável, móvel figuras humanas, casas, animais, figuras místicas, árvores, cenas marinhas, etc. Pouca originalidade. Frequentes cópias. A cor aplicada varia muito do autor a autor e, no mesmo criador, do quadro a quadro. Há, porém, nítida preferência pelas cores vivas. Encontramos esse tipo de produção em 17 pacientes. Produção quantitativamente regular, tempo de execução dentro da média. Os pacientes eram todos portadores de crises generalizadas, pouco frequentes, a intervalos superiores a um mês. Medicação variável; barbitúrico, associação hidantoína-barbitúrico, Mysoline, associação hidantoína-Mysoline. O estudo eletroencefalográfico revela anormalidades difusas em dois pacientes, fronto-temporais em um, frontais em outro, parietal, igualmente em um, occipitais em quatro, bissíncronos, em seis, era normal em 2 pacientes.

O segundo grupo caracteriza-se pela perseveração temática, embora com temas figurativos banais idênticos ao do grupo anterior. Em alguns casos nota-se certa tendência ao geometrismo, a exagerada simetria. Raras figuras humanas; predomínio acentuado de paisagens. São frequentes os movimentos antagonistas de subida e descida. Espaço gráfico cheio. Frequentemente ausência de perspectiva. Cores vivas, havendo contrastes de cor, dando uma atmosfera particularmente hostil.

Tempo de execução mais lento e do que a média irregularidade na criação, com intervalos largos de inatividade. Nesse grupo incluímos quatorze pacientes, três com manifestações psicomotoras associadas e dois com associação de "pet-mal". A frequência das crises era muito variável no presente grupo, embora em geral maior do que no grupo anterior. O estudo eletroencefalográfico revelava anormalidades bilaterais síncronas em 3 pacientes, alterações focais em onze com dois traçados frontais, três fronto-temporais, um occipital, cinco temporais. Medicação variável: Mysoline, hidantoína, barbitúricos, diamox, associações.

Finalmente o terceiro grupo caracteriza-se pelo geometrismo absoluto. Perseveração temática notável, reduzindo-se a for-

mas geométricas. Cores vivas, contrastes de vizinhança frequentes, tonalidades escuras difusas. A relevante estereotipia gráfica manifesta-se também em alguns casos pela posposição da assinatura, frequentemente repetida, sempre da mesma maneira. Ainda mais do que no grupo anterior, observe-se aqui grande irregularidade na criação, com período de verdadeiro frenesi criador e largos períodos de inatividade. Tempo de execução muito mais rápido do que no grupo II. Nesse grupo incluímos 13 pacientes, 10 com crises de grande mal isoladas e 3 com associação de ataques psicomotores. Em 8 pacientes, o EEG revelou alterações temporais, nos restantes anormalidades disrítmicas fronto-temporais. Não houve igualmente uniformidade terapêutica.

Conclusões: Muito tem sido escrito sobre a caracterologia do epileptico. Dela ocupou-se LOMBROSO, dela faz a Escola Alemã talvez o seu principal objeto de estudos. Todos temos em mente os extraordinários trabalhos de Mme. MINKOWSKA e a sua "proporção afetivo-cumulativa" dos viscosos. Não há psiquiatra que ignore o estudo de MAUZ sobre a predisposição aos ataques convulsivos e a sua descrição da constituição encefálica. As pesquisas de CONRAD em gêmeos conduziram numerosos psiquiatras a aceitarem o fatalismo genético e a admitirem uma Epilepsia genuína, idiopática, hereditária, em oposição a uma Epilepsia sintomática, adquirida. Esta última, dada de presente aos neurologistas, estaria ligada a uma agressão encefálica conhecida; a genuína, mais propriamente psiquiátrica, sem processo cerebral, presupunha uma herança do tipo constituicional icafin. Não obstante os incontestáveis méritos da Escola de Marburgo, daquelas admiráveis descrições da personalidade epilética, cremos que houve um atraso na pesquisa neuro-psiquiátrica de "morbus sacer" com o desvio injustificável da linha científica iniciada revolucionariamente há 100 anos atrás por HIGGINS JACKSON. Retornado, porém, foi o verdadeiro rumo com o advento de eletroencefalografia. O conceito de Epilepsia como descarga excessiva e desordenada dos neurônios, com uma sintomatologia clínica dependente das particularidades funcionais das áreas implicadas na referida descarga, não nos permite mais o artificialismo de dois tipos de mal comicial. Podemos discutir a existência ou não de fatores genéticos pre-disponentes, uma "aptidão epilética" que faz com que determinadas pessoas se ajam "epilepticamente" a fatores traumáticos, tóxicos, infecciosos ou psíquicos que não costumam provocar essas reações nos demais. Mas não cremos que se possa discutir hoje em dia o fato incontestável de que as alterações de personalidade do comicial dependem da localização do seu foco epileptógeno. Não cremos haver diferença fundamental en-

tre um portador de uma lesão cerebral conhecida e um epileptico com alterações eletroencefalográficas na mesma área, cuja origem a ciência contemporânea ainda não logrou encontrar. Cremos que mais próximo da realidade estava STAUDER quando atribuía a perseverança, aquela aderência comical, às quedas graves sofridas pelo paciente durante os ataques, com lesão secundária do lobo temporal, do que alguns fanáticos caracterologistas com seus genes fatais.

Com essas noções parece concordar a nossa pesquisa, atualmente, ainda em início e, conseqüentemente, pouco significativa pelo reduzido número de casos. Em dois casos onde certamente houve agressão encefálica maciça, nos quais clinicamente um déficit global das funções psíquicas acompanhava as crises convulsivas frequentes e eletroencefalográficamente alterações difusas eram encontradas nos traçados, a atividade pictórica em nada diferiu da que costumamos ver nos oligofrênicos sem crises convulsivas. Criações pouco significativas foram encontradas na maioria dos pacientes sem alterações temporais. Ao contrário, perseverança temática, estereotipias gráficas, geometrismo, lentidão na execução (alternada às vezes com verdadeiro frenesi criador), aparece praticamente só nos portadores de focos temporais, mesmo sem aparentes alterações do psiquismo intercítico. E de se relevar que, os pacientes que apresentavam crises psicomotoras associadas ao grande mal deram-nos produções monotemáticas, exclusivamente geométricas, a exceção de um que se entregou a criações originais, cheias de paramorfismos e neomorfismos. A atividade pictórica desse paciente, único da série apresentada portador de Psicose comicial, com manifestações paranóides, apresenta afinidades indiscutíveis com o material que temos visto nos esquizofrênicos. A dificuldade diagnóstica pelo material apresentado foi a mesma encontrada clinicamente. O Matiz esquizofrênico de certas psilepticas tem sido aliás objeto de eternas discussões, querendo alguns que se trate de dois processos superpostos, admitindo outros (e entre eles não podemos esquecer a própria Mme. MINKOWSKA na sua análise de Van GOGH) haver manifestações alternantes do polo adesivo e do polo explosivo da personalidade epileptica onde os primeiros veem um maior de afasiação esquizofrênica. Achados anatomo-patológicos de alterações nos núcleos anteriores do thalamus em alguns esquizofrênicos poderão representar um caminho para as tentativas de explicação dos sintomas comuns à Esquizofrenia e Epilepsia temporal, sem recorrermos a superposição de duas enfermidades.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Delay, J. — Névrose et creation — in "aspects de la Psychiatrie Moderne" — pgs. 79-115 — P.U.F. — Paris, 1956.

2 — Delay, J. — Volmar, R. — Pichot, R. — Robert, R. — Nevrose narcísi que et production artistique — L'Encephale — XLVIII-6: 457-480, 1959.

3 — Volmat, R. — L'art psâchopathologique — P.U.F. — Paris, 1956 — pgs. 139-173.

4 — BOBON, J. — A propos de l'arts psychopathologique de Maccagnani-Acta Neus. et Psc. Belgica — 58-11: 972-9715, 1958.

5 — Bobon, J. — Contribution a la psychologie de l'expression plastique, mimique et picturale — Acta Neur. et Psâch. Belgica-57-12: 1031-1d67, 1957.

6 — Dufrenne, M. Phenomenologie de l' experience esthetique — 2 vol. P.U.F. — Paris, 1953.

7 — Munro, T. — Les arts et leurs relations mutuelles — trad. franc. P.U.F., Paris, 1954.

8 — Maritain, J. — Raison et raisons — Egloff-Paris, 1947 — pgs. 39-40.

9 — Hariga, J. — A. propos de la psychologie de Van Gogh-Acta Neur. et Psych. Belgica — 59-2: 215-228, 1959.

10 — Freud, S. — Uma recordação de infyncia de Leonardo da Vinci — Obras completas — Vol. XI: 5-83 — Ed. Delta, Rio.

11 — Freud, S. — O "Moises" de Mgiuel Angelo — Obras completas — Vol. XI — 137-147 — Ed. Delta, Rio.

12 — Rosolato, G. Situation de l'art psâchopatologique — L'Encephale — XLVIII — 5: 428-443, 1959.

13 — Mauz, F. — La predisposicion a los ataques convulsivos — Ediciones Horatta, Madrid, 1942.

14 — Alajouanine, Th. — Bases physiologiques et aspects cliniques de l'Epilepsie-Masson, Paris, 1968.

15 — Macky, R. P. — All Epilepsy is one — Arch. Neur. (A.M.A.) — 2-3: 237-246, 1960.

16 — Mayer Gross — Slater-Hoth — Psiquiatria Clinica — t. II — Paidos — B. Aires, 1959.

17 — Eumke, O. — Nuevo tratado delas enfermedades mentales — F. Six — Barcelona, 1946.

18 — GASTAUT, H. — La moladie de Van Gogh envisagés à la lumiere du conceptors nouvelles sur l'epilepsie psychomatrice. Ann Méd. raych. 2: 896-238 (1956).

MALEFÍCIOS PROVOCADOS PELA MACONHA

Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA

Não constitue novidade para quem quer que seja, o alastramento considerável verificado no uso e abuso da diamba. Sobre o assunto existe vasta e interessante literatura nacional. Revistas, livros, reportagens jornalísticas e outras publicações especializadas, não se cansam de advertir ao público leitor, da relevância médico-social do problema.

No entanto, o que se verifica na prática é coisa diferente. A confusão propositadamente lançada por pequeno grupo de exibicionistas, objetiva desarmar os espíritos daqueles que, em realidade estudam o problema e se preocupam em impedir a difusão da toxicomania no Brasil.

Se a maconha não preenchesse os requisitos exigidos pelos toxicômanos, qual a razão do maconhismo ser o vício mais espalhado pelo mundo, na atualidade?

Antes eram as classes menos favorecidas, ou melhor os meios de cultura mais baixa. No presente, o que se conta é a invasão do vício principalmente nos meios estudantis, como ocorre nas universidades norte-americanas, segundo relatos fidedignos, "há fartura de maconha à disposição de quem quiser comprar".

São as forças destruidoras que insidiosamente vão minando as reservas morais das nações, conforme assevera Regalo Pereira.

HISTÓRICO

Planta essencialmente industrial, conhecida 3.000 anos A. C., conforme escritos de DIOSCORIDES, HERÓDOTO e TEOFRASTE, tem como habitat a Índia e a Pérsia.

No Séc. II, época das Cruzadas, partiam da Pérsia e da Síria, bandos de malféitores, os sarracenos (matadores dos Cruzados), que comiam o Haschisch, antes da prática de seus sanguinolentos atos. Daí originou-se a palavra francesa assassin, de haschischin, termo sânscrito (antiga língua sagrada dos brâmanes).

Os árabes foram seus primeiros consumidores e introdutores no continente africano.

Seu valor industrial é extraordinário, embora venha sendo substituída pela juta, que já está perdendo para o protex e pelo linho de manilha. O emprêgo industrial é feito na cordoalha, aniagem, sacaria, rédes, tecidos, cordas, papel, capachos, borbanthes, artefatos de borracha, estôpa, além do carvão para os piro-técnicos. Do lenho são fabricados palitos fosfóricos. Do azeite das sementes se preparam tintas, vernizes, linóleo, etc. As sementes

são servidas em tortas, na alimentação de animais domésticos e para as aves, elevando a postura das mesmas. Delas também se obtém uma pasta fertilizante azotada.

Na terapêutica usam as folhas frescas em cataplasma. O extrato alcoólico empregam na histeria, coréa, raiva, epilepsia, reumatismo, apirético, na gôta, no delirium tremens, na insônia nas dores e superexcitação nervosa, hoje desaconselhadas totalmente.

A Diamba ou haschich é a mesma coisa que Cannabis Sativa e Índica.

No Brasil, sua introdução data dos primórdios do Séc. XV, com a escravatura, pelo negro, nos candomblés, nas cerimônias de magia, nas festas religiosas africanas, nas beberagens dos feiticeiros, nos catimbós, cangerês, terreiros de macumba, nos sambas e batuques, entre os que porfiam na colcheia (diálogo rimado e cantado), segundo Rodrigues Dória.

É platada o meio dos canaviais e tem ciclo vegetativo de 3 a 4 meses, sendo cultivada até a altitude de 3 mil metros. Mede 2 a 5 e algumas vezes 7 metros de altura. É de cheiro forte e desagradável. No 2º mês da vegetação é feita a operação chamada CAPAÇÃO, que consiste no corte do olho da planta visando provocar o desenvolvimento das ramificações. Tal operação é cercada de cuidados, não sendo permitida a pronúncia de pornofonias nem a presença de mulheres na fase da menstruação, pois, afirmam eles, a planta pode "machear", diminuindo o desenvolvimento dos ramos e folhas.

SINONÍMIA

No Brasil tem o cânhamo a mais variada e singular nomenclatura:

Maconha; Mulatinha; Atchí; Dona Juanita; Cheio; Cangonha; Ganja; Fumo brabo; Haxixe; Marajuana; Baseado; Pango; Marigonga; Marihuana; Aliamba; Erva Maligna; Erva Maldita; Fumo de Angola; Gonzo; Pretinha; Planta da felicidade; Veneno da inteligência; Umbarú; Fumo de Caboclo; Maconha Morráo; Birra; Erva do Norte; Fininho; Femêa; Liamba; Umbur; Umburú; Planta da loucura; Planta do Diabo; Rosa Maria; Erva; Malva; Maconia; Diamba; Dirije; Chá Chico; Rango; Riamba; Rafi; Rato; Rofe.

COMPOSIÇÃO QUÍMICA

Segundo Collin o cânhamo indiano encerra uma resina chamada Canabina ou Cannabis, um óleo essencial volátil e muitos alcalóides, tais como a COLINA, TRICONFLINA, MUSCARINA e TETANOCANABINA, além da OXICANABINA, princípio não defi-

nido. Recentemente foi isolada a CANINA, demonstrando a atividade característica da droga.

DISTRIBUIÇÃO

Outrora, esta toxicomania era quase que localizada no norte do Brasil e Vale do São Francisco. Hoje é assinalada em todas as partes do país, sendo maior o seu consumo nas Capitais dos Estados e cidades mais importantes.

MOTIVOS DA INTOXICAÇÃO

Segundo Heitor Peres, vários são os caminhos que levam os indivíduos ao vício dos entorpecentes. No entanto dois são os mais frequentes motivos da intoxicação:

- 1) A procura de sensações estranhas, de prazeres extravagantes, de volúpias imaginárias, o desejo de fuga da realidade, coisas que buscam os snobes, os ociosos, os hedonistas o mundo imaginário, a felicidade fictícia de seus insaciáveis desejos.
- 2) A necessidade real que tem o indivíduo para lenitivo de sofrimentos orgânicos, de recorrer aos indiscutíveis benefícios das substâncias entorpecentes.

MÉTODOS DE UTILIZAÇÃO

- a) Cachimbo — denominado MARICAS, BOI ou GROGOIÓ tipo parecido de cachimbo turco. Resfria o jato de fumaça, lavando-a, com o fito de tirar o sarro de ação irritante (Tosse, espirro), etc, tornando-a ativa, fresca e aromática;
- b) Cigarro — de palha de milho, papel interno do maço de cigarros e jornal;
- c) Em infusão — conserva de folhas em álcool (licor).
- d) Mascando-se — nos sertões;
- e) Misturada ao leite — forma muito usada pelos mexicanos;
- f) Bebendo-se — com cachaça. Maneira utilizada por pescadores, barqueiros, jangadeiros e canoeiros;
- g) Comendo-se — com o mel. Mistura ligeiramente queimada;
- h) Em pó — como rapé. Comum na Rússia, sob o nome de "Naschá e Anaschá";
- i) Em pílulas e pastilhas. —
- j) Em chás — pouco difundido entre nós. Comum entre os indígenas do Panamá;
- k) Ajuntando-se ao líquido um pouco de manteiga. O verdadeiro haschisch obtem-se aquecendo-se com manteiga e um pouco d'água;

- l) *Imersos* — no lixo em Alagôas e semi-enterrados nas praias, como no Rio e outras cidades ocultando-se da polícia;
- m) *Bôca a bôca* — conforme observação de Lucena em Pernambuco.

CLUBE DOS DIAMBISTAS

Segundo os estudiosos existe a tendência entre os fumadores, de fazerem o uso coletivo da maconha. Tais reuniões denominam-se *ASSEMBLÉIA* — na Bahia e *CONFRARIA* — em Cuba.

Alguns explicam que tal fato prende-se à diminuição da média de intoxicação: outros ao estado de euforia, facilmente contagiante do fumador (Lucena, Livert).

Pelas nossas observações acaamos que os fumadores têm verdadeiro pavor de serem presos sòzinhos. Coletivamente sentem-se protegidos. Assim sendo, reúnem-se em locais fechados, previamente escolhidos e fazem suas sessões de fumeiro. Tais locais são conhecidos entre os frequentadores como *LOCAIS DO CRIME*. No Rio é muito comum fumarem-na nos ônibus. Escolhem as linhas de trajeto mais longo, sentam-se no último banco e permanece mhoras, num vai e vem constante, aos subúrbios da cidade.

Em 1950, Fernando Boissières fundou em Paris o "*CLUBE DOS HASCHISCHINOS*", para fugir do ambiente burguês. Seus sócios eram artistas, literatos, poetas, médicos e belas mulheres. Dêsse clube fazia parte Boudelaire e foi aí que êle produziu "*FLÔRES DO MAL*", decatando sua execrável moral. Mais tarde, em sua última obra "*MEU CORAÇÃO A NÚ*", arrependido, escreveu: "*OBEDECERÁS AOS PRINCÍPIOS DA MAIS ESTRITA SOBRIEDADE FUGIR ÀS DOS EXCITANTES, QUAISQUER QUE SEJAM*".

Sòmente Balzac recusou tal convite, afirmando-o desnecessário ao seu gênio criador.

É muito comum fumar a Diamba em apartamentos, quartéis, casas de detenção, presídios, penitenciárias, bordéis, navios, aviões, em sessões íntimas ou individualmente.

Individualmente, raros excedem a 3 cigarros diários que são fumados fracionadamente, conforme assinala Lucena.

O local onde se vende a erva os viciados denominam de *BÔCA DE FUMO*. Segundo Monteiro Lopes estima-se no Estado da Guanabara a existência de 300 bôcas-de-fumo. Devemos assinalar que o atual combate desfechado pelas autoridades estaduais suprimiu 2/3 dos citados pontos de venda da maconha.

Os revendedores chamam-se *VAPOZEIROS* (viciados de confiança do dono do ponto). *PACÁU* é a porção de maconha que

dá para 5 cigarros. *MORRÃO* é o cigarro que pesa 2,5 gramas. *BASEADO*, 1,70 gramas e *FININHO*, 1,0 grama.

A embriaguês é o *BODE*. O malandro dopado diz-se *BARATINADO*. O álcool potencia a ação da maconha.

COMO SAIR DA "LOMBRA" (onda)

- 1 — Tomando leite;
- 2 — Tomando caldo de cana;
- 3 — Comendo dôces, mariola, etc.;
- 4 — Comendo açúcar de cana;
- 5 — Ingerindo uma bebida ácida.

PROPAGAÇÃO DA EMBRIAGUEZ

A embriaguez causada pela fumaça da maconha, pode se propagar a outras pessoas que aspirem sem saber o ar impregnado pelos fumadores. Tivemos um caso no PNP dum paciente que foi acometido duma crise de excitação psicomotora, provocada pela fumaça do cigarro de 3 assaltantes que, ao fazerem a abordagem fumavam calmamente. Tal efeito foi estupendo uma vez que a vítima os desarmou, deu-lhes tremenda surra e os prendeu em seguida.

ALTERAÇÕES SOMÁTICAS

José Lucena e Rodrigues Dória fazem uma síntese das alterações somáticas da intoxicação que surgem sucessivamente. Os viciados começam a sugar as primeiras baforadas, retendo a fumaça nos pulmões, o maior tempo possível. Minutos após os efeitos se iniciam. Há modificação da fisionomia pois os músculos da face se contraem, palidez ou mais frequentemente Vasodilatação ao nível da face e das orelhas. As fendas palpebrais se estreitam e as conjuntivas ficam congestionadas. Sente secura da bôca, o pulso se altera, bem como a pressão arterial. A temperatura se modifica, há brusco aumento da diurese.

SINTOMAS NERVOSOS

Tonturas, modificações dos reflexos tendinosos (um pouco vivos), midríase de moderada intensidade. Fôrça muscular inconstante e invariável. Incapacidade de realizar movimentos coordenados (não consegue enrolar um cigarro). Percepção anterior diminuída. Impulsos à deambulação. Reflexos patetares exaltados, havendo sinreflexia.

TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Difícil de serem estudados claramente, uma vez que os diambistas, a exemplo dos toxicômanos, usam e abusam de outras drogas, quase sempre em doses altas, tais como pervitin, dexamil, etc, mascarando os sintomas psíquicos e impedindo uma perfeita apreciação.

A sintomatologia psíquica é variada e curiosa. Está na dependência da constituição psíquica do viciado (temperamento individual), à quantidade de princípios ativos e à dose fumada.

PROBLEMA DO HÁBITO

De acôrdo com a definição de toxicomania da OMS, o diambismo ou canabismo não é uma toxicomania, pois não traz fenômenos de abstinência, mais claramente, não provoca falta, nem há necessidade imperiosa do aumento da dose, nem de nova ingestão.

Segundo Lucena, não é habituógena.

REAÇÕES ANTISSOCIAIS

Como o viciado experimenta grande sensação de fôrça e grandeza que deseja exhibir, dão um estado de propensão a cometer atos de violência, bem como criminais, desordens e turbulência.

O proselitismo entre os fumadores tentando convencer aos amigos que a maconha não faz mal, que é gostosa, etc., é outro fato transcendental.

Tais indivíduos perdem o brio, a dignidade, o sentimento do dever e tornam-se incapazes para o trabalho.

— Está comprovado que durante a crise tóxica são evidentes:

- 1 — Reações impulsivas;
- 2 — Tendência para rixas e agressões;
- 3 — Exaltação psicomotora;
- 4 — Verdadeiras reações delituosas: furtos, desordens, etc;
- 5 — Estado de agressividade;
- 6 — Violências de natureza sexual.

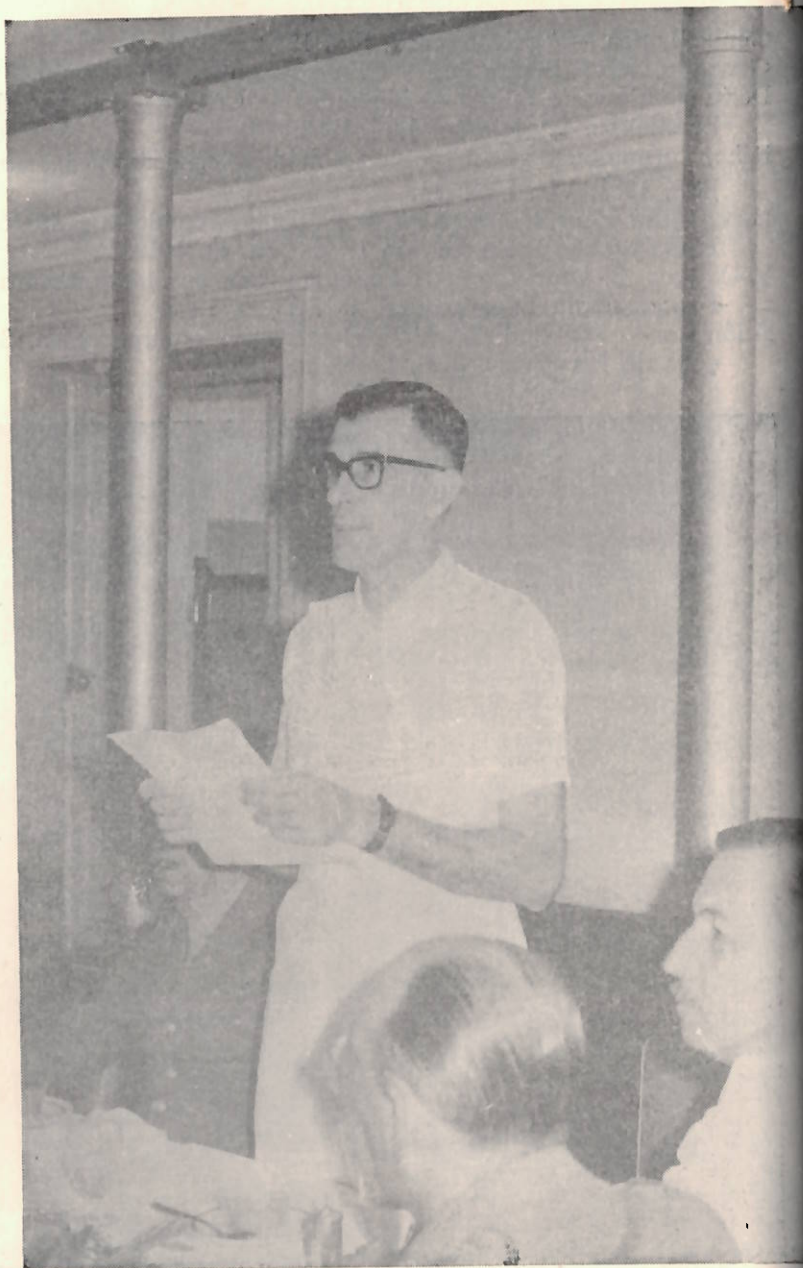
E, para concluir, nada melhor do que fazermos eco, ao grito de Alexandre Herculano — "O homem que vê o que eu vi e abaífa no peito o grito da indignação ou é malvado ou um covarde, e eu espero não merecer jamais nenhum desses títulos"...

BIBLIOGRAFIA

- Cunha Lopes — Toxicomanias, Rio, 1939.
Gonzaga, João Bernardino — Entorpecentes, São Paulo, 1963.
Dória Rodrigues e outros — Maconha — Coletânea de trabalhos brasileiros, 2.ª Edição, Rio, 1958.
Filho, Pernambuco — O problema médico-legal da toxicomania, JMP, 1951, Vol. I, ns 11.
Lopes, José Elias Monteiro — A maconha realidade e fantasia, Fôlha do Rio Prêto, SP, de 12 de jan. de 1969.
Velázquez, B. Lourenço — Terapêutica con sus fundamentos de Farmacologia Experimental, 8ª Edição, 1958.
Anônimo — Por que os estudantes tomam entorpecentes, Seleções do Reader's Digest, Junho de 1968.



No almoço que lhe foi oferecido pela sua promoção com a presença de altas autoridades e presidido pelo Diretor Geral de Saúde do Exército, Gen. D.º Olivio Vieira Filho o Gen. Dr. Galeno, discursa, agradecendo.



Saudação pelo Cel. Méd. Dr. Nelson N. da Silva pela promoção a General de Brigada do Diretor do HCE, em almoço festivo.

ESQUIZOFRENIA

2.º Ten. Méd. Dr. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE

FORMAS CLÍNICAS

O termo *forma clínica*, algo pretencioso, impõe-se, contudo, pela necessidade lógica que tem a Medicina de sistematizar de maneira didática a gama infindável de doenças. Em psiquiatria isto também ocorre com freqüência, e, em se referindo à Esquizofrenia, maior é a urgência de delimitar em formas o já difícil e variável conceito dessa Psicose.

Dizemos que o termo é pretencioso porque, ao cotejarmos os conceitos teóricos a respeito de formas clínicas com a observação na Clínica Psiquiátrica, vamos notar que há grande dificuldade de rotular o tipo de Esquizofrenia, e quando assim fazemos, é pelo predomínio destes ou daqueles sintomas. Porque, na verdade, que existe — como bem diz Reichardt — é uma imbricação de sintomas pertinentes a diversas formas, as quais, com acentuada freqüência, ora se alternam, ora se associam (por exemplo, a hebefreno-catatônica), como nos prova a evolução da Esquizofrenia. Isto é importante, porque tôdas são consideradas de grave prognóstico. E quão nos é surpreendente ver, pela evolução, formas graves mergulharem em formas menos deletérias, e vice-versa, contrariando todos os prognósticos!

De qualquer maneira, para efeito didático, a sistematização é necessária.

Apresentaremos, a seguir, um pequeno histórico:

Em 1860, Morel descreveu alguns pacientes jovens, caracterizados por sua extravagância e que progrediam rapidamente para a deterioração mental, denominando-os "Dementes Precoces". Hecker chamou-os de "Hebefrênicos".

Kalbaum introduziu o conceito da Catatonia para aqueles pacientes antes chamados "louco-motores".

Kraepelin, o sistematizador, reuniu todos numa Entidade que denominou "Demência Precoce", reconhecendo nela três formas clínicas.

Descreveremos:

- 1) Forma Simples;
- 2) Forma Hebefrênica — Catatônica — Paranóide;
- 3) Formas Especiais;
- 4) Formas Terminais.

1) HEBEFRENIA:

Demência precoce dos jovens, descrita por Morel em 1860, caracteriza-se pela rápida evolução devida à grande dissociação

ção da vida psíquica. De incidência bem maior em jovens, tem em geral começo insidioso e progressivo, podendo iniciar-se com sintomas psicóticos. Na adolescência se exterioriza pelas dificuldades escolares, perda de rendimento, queixas hipocondríacas, incapacidade de atenção e concentração, fatores que vão tornando o hebefrênico cada vez mais apático. É característico do seu comportamento o colorido de puerilidade, a caprichosidade, a indolência e a inconsistência de seus atos. Com o decorrer da doença vão-se cristalizando os distúrbios, que tendem a evoluir para um deficit global, perdendo-se o paciente no seu autismo, ou, como quer Henry Ey, no "caos imaginário".

Nesta forma — e também nas demais — encontramos traços como a ambivalência, a extravagância, a impenetrabilidade do mundo esquizofrênico, as perturbações do pensamento (curso, forma e conteúdo), os transtornos da linguagem (escrita e falada), a discordância ídeo-afetiva. (há aqui sério comprometimento dos nexos afetivos), a inadaptabilidade das expressões emocionais, desordens de sensopercepção, etc., etc. O predomínio dos sintomas pode variar com a evolução dos casos, não sendo raros os que passam a apresentar fachada totalmente diversa após a instituição de uma terapêutica.

Esta forma, quer em seu primeiro surto, quer nos subseqüentes, com frequência pode ser associada à forma catatônica mais uma vez demonstrando que a Esquizofrenia acomete a integridade fisiopsíquica de uma maneira global.

A forma estudada parece mais freqüente principalmente ao lidarmos com os seguintes dados, conhecidos de todos: incidências precoces, leptosomatiastênica e carga hereditária positiva.

2) FORMA CATATÔNICA:

Descrita pela primeira vez por Kalbaum, em 1871. Nelas predominam os sintomas psicomotores. De há muito se enumeram entre eles acometimento da iniciativa motora, certo grau de tensão muscular, distúrbios da cinesia, estupor, negativismo, etc.

A Catatônia é tida atualmente como uma reação do sistema nervoso ao meio adverso, de forma que muitos agentes podem provocar um quadro catatônico: infecções, intoxicações, lesões vasculares-cerebrais, tumores, etc.

O negativismo se expressa pela conduta de recusa, de oposição, ou mesmo de bloqueio. Assim, é comum o paciente recusar alimento, negar-se a cumprimentar-nos, permanecer em mutismo. Nesses doentes é grande a sugestibilidade. Isto é verificável pelos fenômenos de obediência automática, conduta passiva, eco-mímias, ecopraxias. O maneirismo revela as atitudes afetadas, produzidas por explosões de risos, tiques, os gestos cerimoniais ou patéticos.

Iteração de movimentos, palavras e atos são as estereotípias que, para Henry Ey, seria um simbolismo do Delírio Fragmentado".

Não raras, também, são as impulsões que acometem o paciente sob a forma de descarga agressiva. Assim, podemos ter crises coléricas imprevisíveis, capazes até mesmo de levar ao assassinato. Também estão aí incluídas as crises clásticas (atos instintivos-regressivos, crises de automutilação, suicídios estranhos, etc.). Estas impulsões são sempre coloridas por certo patetismo ou pseudoteatralidade.

Nos casos mais típicos de grande inércia psicomotriz, surge a Catalepsia, caracterizada por plasticidade, rigidez e fixidez de atitudes. Há uma espécie de mumificação do Ser, o qual assume as posturas que lhe imprimirmos, em que são capazes de permanecer horas sem esboçar qualquer reação.

A um exame minucioso, muitas vezes vemos um paciente em posição incômoda, notando-se a presença de massas musculares contraturadas, como se estivéssemos diante de Síndrome extrapiramidal. Esta freqüentemente associa-se às alterações do sono, às perturbações vegetativas (hipersalivação, hiperidrose, hipertemia, edemas, perturbações vasomotoras, neurológicas — exemplo, reflexo fotomotor, lentificada, midriase e mesmo anisocoria). Faz-nos pensar numa Disfunção dos Centros Hipotalâmicos, diencefálicos e Mesencefálicos.

Assim raciocinam Guide e Guirraud, conforme seus trabalhos, desde 1924 sobre a correlação somática na Catatonia. Para eles, Cannon Hoskins e Renszki haveria uma repercussão global em todo o organismo, explicando-se os transtornos metabólicos (ipoglicemia), endócrinos (hipotireoidismo), uma elevação dos 17 ceteosteróides, etc.

Para terminarmos, lembramos que alguns autores subdividem a Catatonia nos seguintes tipos: Estupor Catatônico; Agitação Catatônica; Catatonismo e Catatonia eriódica.

3) ESQUIZOFRENIA SIMPLES:

Insidiosa, de evolução longa, muito pouco florida de sintomas, por isso mesmo de difícil diagnóstico precoce. Seu desenvolvimento é moroso, imperceptível, sendo necessários, geralmente, dez, quinze ou vinte anos para levar o paciente à deterioração mental.

Incide em personalidades esquizóides, promovendo um progressivo comprometimento da vida afetiva e social do paciente. A personalidade pré-mórbida revela tendência ao isolamento, à introversão. Com o tempo, aumentam o desinteresse, a incapacidade de prosseguimento em suas atividades, o apragmatismo sexual, a conduta afetiva paradoxal, a restrição dos conteúdos sociais.

À medida que os nexos afetivos vão sendo embotados podem surgir fenômenos alucinatorios periódicos. Da mesma maneira, é possível ocorrer periodicamente desvios da conduta podendo incidir em contravenções. Neste grupo se filiam pacientes que, após muitos anos de doença, de repente se defrontam com a polícia ou barras de tribunais.

4) FORMA PARANÓIDE:

É, talvez, a que se apresenta mais bem definida. Manifesta-se, de preferência, na idade média da vida. Predominam no quadro os distúrbios sensoperceptivos e as idéias delirantes.

Quanto aos primeiros, campeiam principalmente as alucinações auditivas, olfativas, cenestésicas. O indivíduo é capaz de se referir as mesmas com possivividade, ou de se irritar com o conteúdo que elas insinuam à sua pessoa, podendo, então, surgir as crises de ansiedade extrema ou de agitação psicomotora.

As idéias delirantes apresentam conteúdo metafísico, religioso, cosmogônico, de reforma social, de perseguição, etc. São ricas em simbolismo.

São frequentes as idéias de influência, de transtivismos, místico-religiosas. Essa idéias são férteis em simbolismo, apresentando conceitos difíceis de dedução e interpretação.

Segundo Reichardt, o delírio é fator de grande significação para a existência do paciente; surge de seu processo existencial, sem que altere mais que passageiramente (início da doença) seu interesse e motivações nos acontecimentos reais e da comunidade. Com ele o paciente se orienta no seu mundo transtornado. Ainda nos ensina Reichardt que o Delírio do Esquizoparanóide se diferencia das outras Psicoses porque não representa uma explicação do estado de ânimo, como sói ocorrer, por exemplo, no melancólico, que tem o Delírio do Pecado.

São comuns, no início da Esquizofrenia, os Delírios de Influência e de Interpretação, que para muitos, como Bleuler, é patognomônico do esquizofrênico.

Aqui, o paciente não se experimenta com espontaneidade, quando pensa ou quando sente. Busca causas e crê estar hipnotizado, teleguiado, perseguido por sociedade secreta, etc. Atribui significação mágica aos objetos e aos acontecimentos. Cria um sistema de código para entrar em contacto com o mundo. Tudo que lhe ocorre recebe um significado particular, conforme o delírio.

O delírio pode recalcar e ser impulsionado pelas alucinações. Assim elaborado, temos o Delírio Explicativo (Mauz). Se se produz de modo autógeno, é reconhecido como Psicose, e segundo Mauz tem grande importância, por ser típico da Esquizofrenia.

Lembramos que neste tipo de Esquizofrenia podemos ter os fenômenos de Percepção, Interpretação e Ocorrências Delirantes.

A afetividade fica cada vez mais escravizada aos desígnios das tendências do delírio.

Esta forma é a que deixa a personalidade conservada em relação às demais, sendo sua evolução mais longa para atingir o estágio final.

É oportuno lembrar que a forma paranóide já se confundiu muito com a parafrenia, entidade rara. Não vamos entrar na bolêmica, apenas ratificar os elementos que são postos em pauta para diagnóstico diferencial. A Parafrenia é uma forma de Delírio Sistematizado Crônico, caracterizada pela riqueza fantástica da produção delirante, sistematizada; não acomete, ou acomete muito pouco a personalidade, pela nobreza nos transtornos afetivos; tem evolução bem lenta e não é deficitária, mantendo-se intactas as capacidades psíquicas do paciente.

Para Goas, aqui, o delírio é do tipo sensorial, enquanto na Esquizofrenia Paranóide é do tipo interpretativo.

É importante, ainda, assinalar, quanto aos sintomas aqui descritos, e que fazem parte da Esquizofrenia, que podem ser encontrados nas psicoses marginais, bem estudadas por Kleist. Não entraremos em detalhes.

Henry Ey inclui como formas clínicas de Esquizofrenia as Esquizeuroses e as Esquizofrenias Incipientes, e, igualmente, as Formas Especiais: Esquizofrenia em Crianças e nos Retardados.

As Esquizeuroses trazem à baila o problema das Pseudo-neuroses, Esquizofrenia de Hock, e casos de pacientes esquizóicos. Estas formas podem ser observadas em neuróticos obsessivos graves, em que a personalidade, ao ser minuada de repente não suporta mais os conflitos vitais, até então encapsulados pelas defesas neuróticas.

Há ainda a citar aquele grupo de pacientes que põem o psiquiatra em dúvida quanto ao diagnóstico da psicose esquizofrênica. Foram bem estudados, principalmente por Conrad, em seu livro "Esquizofrenia Incipiente", casos de pacientes graves que fazem uma crise de mania ou de depressão atípicas, ou outros que apresentam crises delirantes agudas, com despersonalização, ideais de influência, sinais de automatismo mental. A evolução desses casos revela que 50% enveredam na Esquizofrenia. Conrad acha importantíssimo estudar bem, aqui, o Delírio e a Síndrome de Dissociação Intrapsíquica (Stransky).

Lembramos que todas as formas, variando com o tempo de evolução e gravidade da doença e com os tratamentos efetuados, podem desembocar na Forma Herminial, Estágio Final ou Autístico, caracterizada, de maneira sintética, pelo acometimento global das funções psíquicas, levando ao que Ey chama "a espécie de suicídio do Ser. no mundo". O indivíduo se torna opragmático,

seu comportamento é automático e estereotipado, seu pensamento revela total incoerência ideo-verbal e o delírio é substituído por fabulações grotescas e estereotipadas.

Devido ao fato acima diversos autores estão tendendo a não se importar com a forma clínica, e sim com a evolução que cada caso oferece. Assim, apoiados em Berze, Grühle e Mauz, distinguem: Esquizofrenias *Processuais* e *Reativas*.

As Processuais correspondem às Esquizofrenias Endógenas, Somatógenas, Autógenas, e representam a consequência de predisposição genotípica inevitável, a qual, quando ocorre, produz, irremediavelmente, alterações da personalidade mais ou menos profundas, e que quando remitem, deixam uma cicatriz, denominada "Defeito Esquizofrênico".

Mauz Crede que se deve pensar em processo toda vez que o paciente apresentar um delírio de ameaça ao Eu, vivência de auto-insuficiência, falta de consciência das próprias atividades e existência de incerteza, de angústia anímica e ausência de julgamento mórbido.

Nesta forma é incluída a Esquizocárca, de evolução rápida para a deterioração mental.

As Esquizofrenias processuais são de prognóstico mais severo.

As não-processuais, ou Reativas, são um modo peculiar de reação da personalidade. Apresentam influências de vivências conflitivas. Não possuem o caráter de inevitabilidade. Aqui, é mais importante a personalidade pré-mórbida e a concorrência de atitudes neuróticas da personalidade frente a situações adversas. Seu prognóstico é mais favorável.

Não admitimos as formas processuais como modalidade clínicas, senão como particularidades evolutivas de qualquer exteriorização sindrômica. Falando sempre a favor do elemento processual, temos: elemento mórbido em marcha progressiva e cada vez mais catastrófica, e carga hereditária positiva.

A reação é acessível às terapêuticas, e embora subsista um defeito (Mauz), a nova estrutura da personalidade é suscetível de ser compensada por uma constelação favorável (psicoterapia, ambientoterapia, praxiterapia).

Geralmente, o processo é florido em sintomatologia marcante: fenômenos de ocorrência e percepção delirantes (roubo do pensamento, pensamento difundido, etc.), estranheza cada vez maior do percebido, sensação de influenciabilidade.

Mas, de um modo geral, estas considerações são revestidas de certo empirismo, e a psiquiatria, para não fugir das demais especialidades, é ciência nova à procura de muitas soluções — entre elas, as de caráter teórico.

Não temos dúvida de que o diagnóstico da forma clínica traça-se com a roupagem tão misteriosa que é a Esquizofrenia.

A IMPORTÂNCIA DOS FATORES CIRCUNSTANCIAIS NA IMPUTABILIDADE PENAL

Maj. Méd. do Ex. Dr. TONG RAMOS VIANNA

O Código Penal vigente suprimiu, por inverídica e inoportuna, a sentença "completa privação dos sentidos e da inteligência" que existia no seu congênere de 1890. Inoportuna pelos erros judiciários que incentiva, admitimos; cientificamente inexata, não concordamos.

O problema atual da responsabilidade pode resumir-se na interrogativa de ser o réu portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado que o impeça de compreender parcial ou completamente o caráter criminoso do seu ato. Os psiquiatras encarregados de responder ao quesito judicial, via de regra, portam-se com o esquematismo de matemáticos e, esquecidos da relatividade dos fatos médicos, mensuram em milímetros a sanidade mental do paciente, atribuindo-lhes uma responsabilidade diretamente proporcional à mesma. O alienado é irresponsável; o fronteiro é parcialmente responsável; o que não pode ser encarcerado num diagnóstico, é fatal e inapelavelmente responsável.

Tal conceituação parece-nos demasiado simplista e sem desejarmos impunidades, pensamos existirem fatores circunstanciais que justifiquem, mesmo em indivíduos mentalmente hígidos, uma irresponsabilidade parcial e, às vezes, total. Talvez fôsse prudente admitir um conceito de "incapacidade de autodeterminação transitória", como se acontecer no liserismo, aqui porém em consequência de fatores constitucionais e psicologicamente compreensíveis.

Assim, por exemplo, embora a somatotonia, a viscerotomia e a cerebrotomia estejam dentro de uma absoluta normalidade psiquiátrica, não julgamos acertado, encarar com idêntico rigorismo, os delitos perpetrados por esses temperamentos díspares. O crime militar de "covardia ante o inimigo" deverá ser visto com maior benignidade penal para os cerebrotônicos e viscerotônicos — embriologicamente tímidos e pouco combativos — e com elevada severidade para os somatotônicos — constitucionalmente bravos. Será de suspeitar se que a covardia dos primeiros, tenha sido a expressão temperamental de um pânico incontável pela corticalidade, enquanto a dos últimos possa ser exatamente o oposto, uma manifestação consciente, cortical, ple-

namente responsável. Na mesma ordem de idéias, a violência delituosa dos somatotônicos merece maior compreensão do que a dos cerebrotônicos e viscerotônicos, porque pode significar um curto-circuito parcial ou completo da volição, enquanto nos dois outros temperamentos apontará um cálculo frio ou oportunismo utilitário.

Não será possível, dentro desse raciocínio "sheldoniano", ignorar o caráter do criminoso, não no seu conceito ético, mas puramente psicológico, como se resultado do tipo de "aculturação" a que o indivíduo foi submetido. O homem age na vida em função do seu aprendizado, do seu caráter, mas subitamente solicitado reage com seu temperamento. Há que se examinar nos delitos, portanto, o aspecto premeditado ou imprevisto, para aquilatar devidamente a influência atenuante ou agravante de caráter ou do temperamento do criminoso.

Outra circunstância que não deve ser esquecida na avaliação da responsabilidade penal, é a designada pelo Prof. Mira y Lopez sob o nome de "constalação". Sob esse título o mestre espanhol cataloga a atitude mental do criminoso, anteriormente contígua ao seu delito, dizendo-nos que quem sai de uma luta de "box", é muito mais apto para agredir, do que aquele que assistiu uma pregação religiosa.

A presença de uma experiência anterior semelhante deve ser pesquisada sistematicamente. Quem reincide num crime pelo qual já fôra punido, tinha todos os elementos para conscientizar a gravidade do delito e condicionar os seus reflexos no sentido de evitá-lo, sendo muito mais responsável do que um primário.

A média estatística da reação do grupo social a que o criminoso pertence, face à mesma sugestão delituógena, é outra eventualidade que pesa consideravelmente na avaliação da responsabilidade penal, pois exerce inegável ação coatora sobre a conduta do indivíduo. Entre os povos himanólatras é muito mais compreensível o delito de sangue como punição de um defloramento, do que naquêles agrupamentos étnicos misimenistas.

O grau maior ou menor de inteligência do indiciado, ainda que dentro dos limites da normalidade, dita o seu teor de responsabilidade. Com efeito, é a inteligência o principal agente de adaptação às contingências adversas ambientais e quanto mais alto o seu índice, maiores potencialidades terá o indivíduo para agir corticalmente, fugindo às manifestações instintivas de nutrição, reprodução e luta, "substratum" da maioria das ações criminosas. Permite através de hábil racionalização, desde que a serviço de uma afetividade sã, ultrapassar a antinomia Eu-Tu que leva o indivíduo a chocar-se com a Sociedade, explodindo no delito, pois fornece meios para a fuga à coação criminógena

do grupo, forma um caráter apto para controlar o temperamento, colhe os ensinamentos de uma situação anterior análoga e contorna a constelação contígua, circunstâncias tôdas que citamos como delituógenas.

A catatimia — deformação da realidade dos fatos a favor das necessidades mais íntimas da personalidade — é o delimitador mais importante da responsabilidade do criminoso, pois torna justificável perante o seu super-ego o ato cometido. O amor e o ódio são os agentes catatimizantes por excelência e quem comete um delito por amor ou ódio intensos ou sob a ação concomitante de ambos, pode ter a sua responsabilidade atenuada ou mesmo excluída, conforme as circunstâncias.

Finalmente, terminemos, dizendo que a atenuação ou a exclusão da responsabilidade de indivíduos psicicamente normais por fatores circunstanciais, é função da intensidade dos mesmos e da maior ou menor concomitância com que ocorram, levando a um conceito de "incapacidade transitória de autodeterminação". O somatotônico de uma sociedade himenólatra que mata o sedutor de sua filha, tem tôdas as circunstâncias que justificam uma "incapacidade transitória de autodeterminar-se": o temperamento e o caráter, os fatores catatímicos de amor paterno e ódio ao sedutor, uma constelação favorável, uma coação social em nome da honra e, com tôda probabilidade, o primarismo da experiência.

Tudo encontra base científica, se lembrarmos que a crise convulsiva não é mais do que uma resposta cortical primária e genética, presente em tôdas as espécies superiores e que todos somos potencialmente epiléticos. O símile hidráulico de Lennox do "depósito epileptógeno" explica, perfeitamente, o aparecimento de crises comiciais por traumas emocionais, tal como na epilepsia afetiva de Bratz. Não será excessivo pensar que os fatos que assinalamos, todos de ordem emocional, possam desencadear "equivalentes" substitutivos das crises convulsivas, temporariamente alienantes, sob o império dos quais os delitos se produzem.

Conclusão: os fatores circunstanciais podem fazer o indivíduo atuar comicialmente, levando-o à "incapacidade transitória de autodeterminar-se".

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Psiquiatria — Ey, Bernard e Prisset.
Manual de Psicologia Jurídica — Mira y Lopez
Manual de Psiquiatria — Mira y Lopez
O Sincretismo Etiopatogênico das Neuroses — Paggi
Psicopatologia e Psiquiatria — Pavlov.



O novo Pavilhão de Cirurgia de praças e familiares visitado pelo Clube dos Sub-tenentes e Sargentos do Exército.



Visita da Diretoria do Clube dos Subtenentes e Sargentos do Exército

ODONTOLOGIA COMO FATOR DE DESENVOLVIMENTO SÓCIO-ECONÔMICO

Maj. Dent. Dr. LUIZ CARLOS HYPOLITO DA SILVA

Na moderna dinâmica social, diversos fatores têm contribuído para a pesquisa e desenvolvimento de técnicas que visam a situação e a colocação do homem, tendentes à sua integração e colocação no meio ambiente, não somente como simples peça decorativa de quantidade, mas principalmente como elemento catalizador de meios e processos destinados ao seu total aproveitamento na conjuntura social.

É assunto já conhecido embora ainda em franco desenvolvimento a importância da motivação em todos os atos humanos. Também não menos é conhecida a importância dessa motivação no comportamento mental, com todas as gamas de características que individualizam o homem, permitindo-lhe destacar-se ou emitir-se, desenvolver-se ou estagnar, produzir e competir com seus semelhantes no afã de um lugar ao sol, ou tornar-se apático ante as melhores perspectivas de vivência.

Em todas essas técnicas de motivação, não se tem descurado da apresentação do homem isolado. Assim as grandes indústrias optaram pela uniformização do vestuário dos seus operários, não só como fator de economia pessoal como também para sobrepôr-se à natural heterogeneidade de características externas ou corporais, como idéia de homogeneidade de ação e de conjunto que canalizassem em cada operário, noções mesmo precárias de bem estar, para a impulsão de todo, tendo como consequência uma produção mais efetiva, oriunda de uma idéia de família, latente em todo o seu humano.

Também nos escritórios, associações esportivas e científicas, nota-se a perspectiva de incutir nos seus elementos, aquela noção de conjunto, que tem conseguido suplantir ou concorrer com outras tantas, às vezes de mais capacidade, embora com esse mesmo homem. Essa noção de conjunto aliás, já nos é dada de muitos anos através dos Exércitos, mas só ultimamente aproveitadas nas entidades civis. Se observarmos o progresso dessa técnica, vamos verificar que estamos cada vez mais nos imiscuindo no âmago deste produtor de trabalho, dando-lhe cada dia mais atenção aos seus problemas de sobrevivência.

Ao observarmos um indivíduo, seja ele qual for, além do aspecto de todo, nos fixamos em sua face. Ali observaremos sua tristeza, melancolia ou alegria e ali permaneceremos por mais tempo a perscrutar como que tentando chegar ao interior da

mente, tentando decifrar o estado mental daquele ser. Notamos o contorno da face, a aparência dos olhos, as características dos músculos faciais, suas contrações e relaxamentos, até chegar à boca. Normalmente, aí estacionamos por saber que encontramos muitos subsídios para essa observação. Observando os lábios, seu contorno, sua espessura, sua homogeneidade, simetria, etc. aguardando que se entreabram para melhor observar o cavum oris. Sem dúvida, esse mesmo indivíduo observado, procede da mesma forma, muitas vezes até se transportando a nós outros para melhor identificação.

Temos observado a timidez dos que cientes do aspecto de suas arcadas, se escondem das citadas observações, temerosos de um fracasso em suas pretensões. Essa timidez, leva muitas vezes à omissão de seus problemas mais atuais, relegando a um segundo plano tôdas as alternativas de locação social com suas funestas consequências ao bem estar coletivo.

Assim, vamos encontrar a Odontologia recuperando aquele indivíduo, mental, social, econômica e financeiramente, pela devolução de suas características através da reparação de suas arcadas. Em tempos idos, era difícil encontrar a Odontologia no STAF de produção das grandes organizações, por desconhecerem então o valor dessa apresentação e sua influência no comportamento mental do homem. Hoje sabe-se que não fôra essa razão, a Odontologia se imporia, pela necessidade de higiene somática dos indivíduos, seja pela simples correção ao aparelho mastigador (interferindo com a voz, meio de comunicação pessoal imediata, pela substituição ou colocação de peças protéticas, etc.), seja pela avulsão de focos consumidores de energia e produtores de infecções várias que inibem o ser nas suas funções específicas. Modernamente, temos observado que a Odontologia já ocupa um lugar de destaque nas organizações de trabalho, dando amparo total da capacidade de trabalho.

No Exército em particular, através dos anos de nossa lide, temos verificado o incremento e o esforço dos nossos chefes em proporcionar melhor nível de atendimento aos seus quadros, cientes que estão da necessidade e valor da Odontologia na elevação do moral, manutenção e melhoramento de sua capacidade produtiva e combativa.

Se por um lado a Odontologia vem ocupando cada vez maior destaque nas organizações, por outro lado, os cirurgiões dentistas se sentem cada vez mais tolhidos no seu desenvolvimento de trabalho porquanto o reduzido número de cirurgiões dentistas comparado com o aumento populacional cada vez maior e comparado também com o maior desenvolvimento da própria Odontologia em si, propiciando maiores campos de trabalho,

ficam eles inibidos de prestar uma assistência efetiva a maior gama populacional, porquanto embora trabalhem com afinco e tenham suas horas totalmente tomadas na área de assistência dentária, os métodos de trabalho muitas vezes estacionários, não permitem um aumento da prestação de serviço, coerente com o aumento da demanda.

Assim se torna necessário o desenvolvimento de um método que permita ao cirurgião dentista produzir no mesmo horário, o dobro ou o triplo do trabalho que vinha produzindo. Isso se observa também nas grandes organizações, pela metodização de trabalho pela racionalização do custo de produção, exame de horas de trabalho em referência à produção, etc., métodos esses já bem desenvolvidos em gerências operacionais onde se estuda no caso das indústrias, o tempo que leva uma peça a ser produzida, as horas dispendidas pelos operários que entrem na produção daquela peça, etc.

Assim, na Odontologia, poderíamos fazer o mesmo, seja empregando auxiliares, os quais executariam os trabalhos em que não houvesse necessidade do Cirurgião Dentista e também pela inclusão de outro raciocínio do trabalho ou seja pelo aumento das cadeiras no serviço ou sala operatória.

Nós recordaremos que em tempos idos era uma cadeira, um torno a pedal, em que uma produção de trabalho equivalente ao da turbina de hoje, era executada num lapso de tempo muitas vezes maior do que o atual. A turbina por exemplo, veio propiciar uma diminuição do tempo de execução do corte de um dente ou de um caso. Também no caso da endodontia, verificamos o aumento de produção com os novos aparelhos para biomecânica, diminuindo o cansaço, com um aumento da produtividade do Cirurgião Dentista. No caso das cadeiras, teríamos então as "Cadeiras Múltiplas" que propiciariam o atendimento concomitante de dois pacientes, ganhando-se aquele espaço de tempo morto, com a indução de anestésico, secagem de cavidades, preparo do paciente, etc.

No caso dos auxiliares, temos notado também que a questão da Odontologia se prende muito ao indivíduo, ao próprio Cirurgião Dentista, sem usar os meios de que dispõe para concretização do seu trabalho. Assim o Cirurgião Dentista pouco usa a sua auxiliar, são poucos ainda os Cirurgiões Dentistas que têm mais de uma auxiliar.

A utilização do pessoal auxiliar, na prática odontológica, traria ao Cirurgião Dentista uma grande percentagem do tempo de operação ao lado da cadeira. Esse tempo de operação seria aumentado, resultando então em mais trabalho para maior gama populacional, com menos fadiga para ambos, tanto paciente como

operador. A qualidade do serviço seria melhorada, a quantidade do trabalho em termos de hora paciente por Cirurgião Dentista, seria duplicada, quiçá triplicada e mais trabalho poderia ser realizado em uma seção, reduzindo, portanto, o número de seções requerido para complementação do caso.

Outra questão que muito sobressairia, seria a questão da instalação, a questão do tempo gasto nos deslocamentos o que também se traduziria no aumento de horas perdidas para cada paciente, muitas vezes maior que o próprio tempo de atendimento clínico. Isso propiciaria também ao Cirurgião Dentista, maiores anos de produtividade efetiva.

Para isso precisar-se-ia doutrinar adequadamente os Cirurgiões Dentistas, ao uso do novo método a fim de eliminar atos estabelecidos, como o de procurar instrumentos, etc.

Nós sabemos que a aprendizagem é um processo consciente pelo qual o indivíduo adquire uma nova forma de conduta, ou modifica uma forma de conduta anterior. A palavra conduta aqui deve ser entendida em sentido amplo, compreendendo não só o comportamento exterior como a atitude subjetiva, mental, intelectual e afetiva.

A aprendizagem implica, pois, numa alteração de atitude individual, seja exterior, seja interior, em virtude de aquisições novas, quer intelectuais, quer práticas, que são feitas. A habilidade de um juriconsulto, de um crítico literário e de um professor primário, são resultados de uma atividade, da mesma forma que a de um jogador de futebol, uma datilógrafa, etc. Não há verdadeira aprendizagem sem atividade intelectual.

A aprendizagem implica sempre em discernimento e compreensão daquilo que se aprende, mesmo quando realizada através da imitação, pois a compreensão, a consciência, ainda que imprecisa do que se aprende, é que determina a aprendizagem propriamente dita. Quando isso não ocorre, não há propriamente aprendizagem, isto é, não há consequência na conduta do educando, mas sim uma atividade que não deixa lastro, nem altera a experiência. Aprender, é pois compreender o significado dessa mesma coisa.

Assim também, no método das Cadeiras Múltiplas, nós verificamos que para existir um aprendizado total, necessitar-se-ia que o próprio Cirurgião Dentista sentisse o problema como se auxiliar fôsse, pois o método consistiria em reeducar o Cirurgião Dentista. A parte teórica, seria feita a explanação do método e a parte prática consistiria em trabalhar, utilizando as duas unidades e os assistentes. O Cirurgião Dentista não deveria executar alguma que não lhe fôsse especificamente afeto, não deveria procurar coisa alguma quer seja instrumentos, brocas, etc.

Deveria deixar que a assistente fizesse tudo que fôsse possível dentro da ética profissional.

Isso lhe possibilitaria maior tempo para repouso, pois há momentos que não há necessidade do próprio Cirurgião Dentista estar executando a tarefa. Nesta hora então ele teria o seu repouso, para posterior emprêgo da sua total capacidade física.

Básicamente o método consiste em manter junto ao Cirurgião Dentista e à unidade dentária, uma assistente. Outra circulante que seria, comparado com a sala cirúrgica, a enfermeira de sala, aquela que estaria junto à cadeira, seria a instrumentadora.

O tempo aqui exíguo, nos inibe de discorrer mais amplamente sobre o método.

Pescalmente nós fizemos a experiência do método, quando na Polícia do Exército usamos como assistentes, cabos e soldados preparados para esse fim. Fizemos um treinamento e no fim de algum tempo tínhamos os assistentes perfeitamente habilitados e educados para o método.

Fizemos também aplicação no meio civil, e mais tarde ainda tivemos oportunidade de empregar o método em local quase completamente desprovido de recursos, em Bela Vista, na fronteira, onde diziam que não era possível fazer um tratamento odontológico de alto nível e nós provamos que era possível, usando unidades geradoras, usando equipos não padronizados. Não esse equipo que estamos habituados a lidar normalmente mas a unidade "Compacta da Atlante". Essa unidade é uma unidade móvel, que usa um compressor tanque de água, de ar, tudo na mesma unidade, inclusive armário. Então com essa unidade, nós podíamos movimentar de uma cadeira à outra e trabalhar sempre sentado.

É outro problema que ainda é difícil de convencer. O trabalho sentado só é possível se se dispuser de auxiliar, e por uma causa ou outra nós ainda não estamos bastante habituados com o trabalho sentado, o qual indiscutivelmente descansa muito mais o profissional.

Outro problema também que inibe os Cirurgiões Dentistas na prestação de uma gama maior de trabalho, é a questão do instrumental. Todos sabemos que ainda estamos afeitos, apegados ao antigo esterilizador. (No caso de uma extração, vamos colocar o instrumental para ferver, esterilização essa que todos sabem ser relativa e depois esperar que esfrie, para então intervir no paciente). Isso redundará em grande perda de tempo.

Deveríamos ter unidades esterilizadoras, as quais seriam feitas por estufas contendo as caixas com maior quantidade de material o qual seria previamente preparado. No caso de termos de operar em dois pacientes diferentes, teríamos as caixas com

alavancas, outras com forceps, porta-agulhas enfim, todo o arsenal; obviamente teríamos jogos de seringas, agulhas, etc. e quando dizemos jogo, dizemos várias unidades com as mesmas características. Então teríamos numa cadeira um paciente, o qual anestesiaríamos e passaríamos ao outro. Usaríamos luvas independentes para um e outro paciente.

As luvas hoje em dia são as coisas mais banais em qualquer ato cirúrgico. Ainda temos uma idéia de economia que não se traduz pela realidade, porque uma luva presta bastante serviço quando bem tratada.

Assim o material estaria à disposição, e chegaríamos somente para intervir, abreviando sobremaneira o nosso tempo propriamente dito.

As anotações, a instalação do paciente, etc., seria tudo feito pelos auxiliares.

Todos que fazem clínica, seja em serviço público, seja em consultório particular sabe perfeitamente que no fim do dia a exaustão é fantástica, porque o trabalho nos exige esforço por demais exaustivo.

Vamos, portanto, que para essa aprendizagem nós precisaríamos quase esquecer de todos os métodos anteriores, sem esquecer as técnicas propriamente ditas, seriam esquecidos os métodos de aplicação da técnica.

Ora, para isso, sabemos que a aprendizagem não se processa igualmente em cada indivíduo, que depende de uma série de fatores que por não serem iguais em todos, lhe dão, segundo a natureza de estudante, um maior ou menor grau de eficiência. Assim esses fatores poderiam ser: as diferenças individuais, a inteligência, a memória, a atenção, a repetição, a atitude mental, a compreensão de assunto, a globalização, etc.

A capacidade e o método de aprender variam segundo a organização física e intelectual de cada um. Daí a diversidade de tendências e vocações e os diversos graus de aptidões que os indivíduos apresentam. Segundo Morrison, entre os alunos, se podem distinguir três tipos principais quanto à maneira de aprender.

O primeiro tipo compreende os alunos que apenas aprendem as lições, sem assimilá-las realmente de modo a utilizar os conhecimentos que elas lhe transmitem com independência ou originalidade: são os chamados "bons estudantes".

O segundo tipo compreende os alunos que em geral aprendem bem as lições e as assimilam, utilizando-as com independência o domínio intelectual.

O terceiro tipo compreende os alunos que em geral aprendem mal as lições, mas as assimilam em sua substância e sabem

aplicá-las com habilidades nas diversas oportunidades da vida real: são os "maus estudantes" que, segundo Morrison, vencem na vida.

A inteligência é fator básico da aprendizagem, de vez que a aprendizagem é, como vimos, um processo iminentemente intelectual e conciente.

A inteligência, sobre certo aspecto, pode ser dividida em: abstrata, concreta e social.

A primeira é a espécie que em geral, o trabalho escolar mais solicita. É a capacidade de manipulação de idéias, conceitos, símbolos e palavras.

A segunda, a concreta, é a capacidade para manipular coisas, sem se confundir propriamente com a destreza ou capacidade mecânica, embora dela se aproxime.

É o tipo de inteligência que revela o bom cirurgião.

A terceira, a inteligência social, é a típica dos homens públicos, políticos e também de professores, advogados, etc. É a capacidade de reagir adequadamente no meio social, compreender os homens, dirigí-los e conquistá-los.

A memória desempenha papel importante na aprendizagem uma vez que não é suficiente aprender, mas também fixar o que se aprende.

A aprendizagem sem essa capacidade de recordar o seu produto de nada valeria e se perderia a cada momento. Na fixação dos produtos na aprendizagem a atitude de quem aprende é fundamental. Aguayo, assinala que só se retém bem o que se aprende atentamente e com a intenção de recordar. Aliás, esquecer os detalhes insignificantes das lições é, quase sempre, uma consequência da boa assimilação por parte do aluno. Já se disse que a verdadeira aprendizagem nada mais é de que um esquecimento bem feito.

Outra condição básica da aprendizagem é a atenção. Desenvolver e educar a atenção do estudante é o objetivo fundamental de qualquer método. A motivação da aprendizagem, a relação que o professor deve procurar estabelecer entre os interesses e a aprendizagem, são recursos utilizados com esse objetivo.

No nosso caso, essa motivação seria dada pela maior produtividade que se traduziria em um conforto pessoal, pela prestação de maior assistência.

Sem repetição a aprendizagem dificilmente se fixa realmente. A repetição é um fator que se conjuga intimamente com a memória. O cuidado deve consistir, não em repetir cansativamente, com monotonia, mas em utilizar esse fator com habilidade, de modo ativo e inteligente.

De atitude mental do aluno em face do que estuda depende o maior ou menor aproveitamento seu. Se o indivíduo não aprecia o trabalho que executa, sua atenção será muito fraca e superficial. Daí consistir uma das tarefas, obter do aluno a atitude mais favorável à aprendizagem: devemos antes motivar o Cirurgião Dentista para as Cadeiras Múltiplas.

Sendo a aprendizagem um processo ativo, do qual a inteligência e a vontade do estudante participam, a compreensão do assunto que êle estuda, bem como a compreensão da sua finalidade, são condições básicas da boa aprendizagem. Tal compreensão facilita uma compreensão maior e mais esclarecedora, por parte do aluno tornando amena a absorção e a assimilação dos produtos da aprendizagem. Mostrar-se-ia a cronometragem das intervenções comparada com a cronometragem pelo método anterior.

O ideal seria a percepção das coisas em conjunto, sem noção dos elementos que a acompanham. Seria a apreciação global do aspecto do método, isto é, a apreciação global do aspecto do método, isto é, a apreciação final de todas as vantagens que o método traduz. Quando dizemos método, nos referimos ao conjunto de normas que regulam as relações entre o ensinar e o aprender. De uma maneira mais ampla, é o modo de dirigir e estimular os instrumentos no processo de aprendizagem. Sabe-se que isso nada tem a ver com a técnica em si.

Como vimos, êsse conjunto de processos, possibilitaria ao Cirurgião Dentista se integrar na conjuntura atual e possibilitaria, portanto, a êsse CD, propiciar aos seus assistidos, uma maior integração na vida social moderna, porquanto se a Odontologia influi no comportamento do indivíduo, influi também no comportamento do CD.

Êsse se vê muitas vezes inibido de prestar essa assistência pela falta de capacidade de trabalho, mas não uma capacidade individual, uma capacidade inerente a êle, e sim uma falta de capacidade devida aos processos ambientais que se acham arraigados de longa data nos métodos de trabalho empíricos, que não se acalunham com as modernas técnicas operacionais.

Teríamos então uma Odontologia Econômica na expressão exata do termo.

O que vale, o que interessa às organizações, enfim à sociedade, não é o número de atendimento e sim o número de trabalhos executados.

Desta forma, haveria economia real de tempo para o paciente e conseqüente menor dispêndio do capital.

A Odontologia estaria então integrada na conjunta social econômica pela dinamização de seus processos.

PLANO DE TRABALHO PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL MÉDICO-PSIQUIÁTRICO NO PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Assistentes Sociais Estagiários no H.C.E.

NAZARENO JOSÉ DOS SANTOS, ANA MARIA FERREIRA DE SOUZA e VERA MARIA GALVÃO SALINAS

I — APRESENTAÇÃO

Quando em 27 de junho do corrente ano iniciamos os estudos para a implantação do Serviço Social Médico-Psiquiátrico no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria, preocupamos-nos, primeiramente, em verificar o funcionamento, atendimento e localização dos serviços já existentes, objetivando o adequado entrosamento entre as finalidades do Serviço Social Médico-Psiquiátrico e as modalidades peculiares deste Pavilhão.

Procuramos, então, elaborar um plano de implantação que atendesse às necessidades imediatas encontradas, dentro das técnicas específicas do Serviço Social.

No presente trabalho iniciamos por uma exposição sobre os Métodos, Processos e Princípios Básicos do Serviço Social, as Funções Fundamentais do Serviço Social Médico, as Técnicas Aplicadas em Serviço Social de Caso e o Plano de Implantação do Serviço Social Médico-Psiquiátrico no P.N.P.

Desejamos ressaltar e agradecer a acolhida e apoio que tivemos do Sr. Diretor do H.C.E., do Sr. Chefe do PNP, e de todos os componentes de sua equipe de oficiais médicos, bem como de seus auxiliares e demais funcionários do Pavilhão.

II — O SERVIÇO SOCIAL

a — A metodologia do serviço social e seus processos básicos

O Serviço Social, basicamente, é constituído pelo conjunto de conhecimentos teóricos e de aptidões práticas relativos ao estudo, diagnóstico e tratamento social de indivíduos, grupos e comunidades, isto é, dos problemas ou distorções que podem originar-se da inter-relação dos indivíduos e grupos com o seu meio físico, humano e social. Daí tresdobrar-se nos processos de terapêutica social:

- com indivíduos (**Serviço Social de Caso**);
- com grupos (**Serviço Social de Grupo**);
- com comunidades (**Desenvolvimento de Comunidade**).

Apesar de uma margem flutuante característica de qualquer profissão nova, o Serviço Social possui, atualmente, um

corpo identificável e transmissível de teoria e prática no qual os processos de Serviço Social com indivíduos, grupos e comunidades foram sistematizados de forma a permitir a aplicação do Serviço Social em diferentes setores e em diversos contextos econômicos e sociais.

Os três processos do Serviço Social correspondem à própria situação concreta do ser humano enquanto o considerarmos como pessoa e membro de um grupo, inserido numa determinada comunidade. Há uma natural interação entre indivíduo, grupo e comunidade que responde pela crescente integração dos processos na metodologia do Serviço Social.

b — Componentes essenciais ou universais do Serviço Social

a — Preliminares

O Serviço Social possui um conjunto identificável e transmissível de conhecimentos teórico-práticos: os processos de terapêutica social com indivíduos, grupos e comunidades alcançaram um grau de sistematização que torna possível a sua aplicação em distintos setores e em vários contextos econômicos e sociais.

Contudo, a compreensão e a habilidade para trabalhar dentro de determinada cultura e conjuntura sócio-econômica são intrínsecas ao exercício do Serviço Social. É impossível ajudar efetivamente a um indivíduo, grupo ou comunidade sem compreender os seus padrões culturais e valores e as forças atuantes na conjuntura sócio-econômica.

O Serviço Social constituindo no Brasil uma profissão nova e em crescimento, o seu corpo de conhecimentos teórico-práticos encontra-se em constante reformulação e adaptação à realidade brasileira. A natureza do Serviço Social emerge à medida em que — Faculdades de Serviço Social, Associações Profissionais, Obras de Serviço Social investigam e identificam os princípios inerentes à sua prática e sistematizam a sua teoria.

No desenvolvimento de sua metodologia o Serviço Social incorpora conhecimentos das Ciências Sociais e da conduta humana.

b — Componentes essenciais do Serviço Social

1 — Há acordo geral de que o Serviço Social se ocupa com relacionamentos sociais: com indivíduos e grupos enquanto se inter-relacionam com o seu meio social, mais particularmente: com as pressões externas e internas que podem surgir nesta inter-relação e que resultam em distorções sociais. O aspecto específico do homem que constitui a área de compe-

tência profissional do Serviço Social, diz respeito ao homem em sua interdependência com o seu meio humano e social, o homem em seus relacionamentos.

É portanto inerente à realidade em Serviço Social a interação e interdependência dos termos:

a) indivíduos ou grupos e

b) meio social, tanto no que concerne à compreensão (estudo e diagnóstico social) quanto à atuação ou intervenção (tratamento social). O Serviço Social em qualquer dos processos (Desenvolvimento de Comunidade, Grupo, Caso) age sobre o meio procurando modificar certas condições, introduzindo novos elementos ou removendo outros, criando recursos, etc., em benefício dos indivíduos, grupos e comunidades. É verdade que, de acordo com a filosofia do Serviço Social, esta intervenção se faz em base cooperativa, isto é, mobilizando — através de relacionamentos — as capacidades dos indivíduos, grupos e comunidades de forma a envolvê-los e empenhá-los no esforço requerido para operar essas mudanças (capacidade para auto-ajuda).

De outro lado, se a área de competência profissional do Serviço Social diz respeito ao homem em seus relacionamentos com o seu meio social, inclui também como elemento integrante o desenvolvimento de programas em distintas áreas de bem-estar social, englobando o planejamento, execução e avaliação desses programas. A atuação nas distintas áreas requer o domínio de alguns conhecimentos e aptidões específicos conforme se trate deste ou daquele setor social; contudo, os aspectos universais e genéricos do Serviço Social são os mesmos em qualquer área de operação.

2 — Na esfera dos relacionamentos sociais, o Assistente Social centra-se mais especificamente nos aspectos concernentes à prevenção (por exemplo, através de atividades de grupo ou estabelecendo diretrizes que impeçam desintegração social) e auxiliando naqueles pontos em que os relacionamentos são mais afetados.

3 — Os objetivos dos processos são similares: remoção de bloqueios, liberação de potencialidades, pleno uso dos recursos, capacitação para auto-orientação no plano individual, do grupo e da comunidade.

4 — Há, em consequência, dois campos básicos e dois objetivos preceps do Serviço Social: bem-estar econômico e físico ou padrão de vida sadio e digno, e oportunidades para desenvolvimento social através de relacionamentos e experiências satisfatórias. Os fatores de segurança econômica e cul-

tural e os de conduta individual entrelaçam-se e a integração consistente dêsses fatores — como objeto de preocupação do Serviço Social — deu a êste a sua forma.

5 — As relações do indivíduo com o seu meio constituem o foco de terapêutica social. Os Assistentes Sociais consideram-se com a obrigação de conhecer as condições sociais e de exercer pressões no sentido das reformas econômicas e sociais, tanto quanto de auxiliar indivíduos e grupos.

6 — A integração dos dois termos: indivíduo e sociedade, demanda por parte dos Assistentes Sociais esforço conjugado com outras profissões (atuação interprofissional).

7 — Os Assistentes Sociais devem compreender a interação entre personalidade e meio, tensões externas e pressões internas. Devem possuir uma visão exata sobre as forças culturais, psicológicas e sócio-econômicas atuantes na realidade em que o Serviço Social opera. Devem possuir conhecimentos e dominar aptidões que os capacitem trabalhar com a rede de instituições e obras sociais dentro de sua profissão e para além dela. Através de toda a prática de Serviço Social, o foco crucial está em relacionar as forças e capacidades internas do homem às pressões externas — atuando com e sobre umas e outras — tendo em vista a sua adaptação social.

8 — O Assistente Social, como profissional, funciona entre duas categorias de agentes: aqueles que mais diretamente moldam o indivíduo (pais, parentes, professores, amigos, etc.) e aqueles que mais diretamente estruturam as condições de sua vida (governo — forças econômicas e sociais).

c — Princípios básicos do Serviço Social

I — A característica diferencial do Serviço Social consiste em processos de ajuda que promovem o desenvolvimento. Em outras palavras o tratamento social se faz em base cooperativa, quer se trate de indivíduo, grupo ou comunidade.

II — O Serviço Social se processa, basicamente, através do uso deliberado do relacionamento do Assistente Social com o indivíduo, grupo ou comunidade.

III — Os princípios norteadores do relacionamento são: individualização, aceitação, auto-determinação, atitude de não julgamento, confidencialidade, expressão eficaz de sentimentos e não envolvimento emocional.

IV — Algumas das técnicas básicas, correspondentes à aplicação destes princípios, são idênticas aos três processos:

1 — partir de onde o cliente está, de seu problema como ele o vê; partir do interesse imediato do grupo ou da necessidade sentida pela comunidade — ainda que estas necessidades ou algumas delas não constituam a necessidade real segundo o ponto de vista do Assistente Social;

2 — envolvimento do indivíduo, grupo ou comunidade na identificação, delimitação e esclarecimento de seus problemas, tendo em vista ajudá-los a resolver o problema ou a alcançar o objetivo proposto — conscientização e engajamento;

3 — ajudar a decompor o problema em seus vários fatores, quando as necessidades do indivíduo, grupo ou comunidade parecem excessivamente agravadas. Na medida em que se divide o problema em suas partes componentes e se o enfrenta, por partes, com a ajuda do Assistente Social, êsse procedimento diminui a ansiedade difusa e o efeito imobilizante da inércia;

4 — reconhecimento dos sentimentos hostis, assim como os de culpa e temor, oferecendo ao indivíduo, grupo ou comunidade o ensejo de os expressar. Com frequência, somente depois que os sentimentos negativos são expressados é que os indivíduos, grupos, e grupos que se inter-relacionam, capacitam-se a mover no sentido de enfrentar construtivamente os próprios problemas. Ao mesmo tempo, grande habilidade é requerida para estabelecer limites à expressão dêsses sentimentos, quando destrutivos e de efeitos negativos;

5 — ajudar o indivíduo, grupo ou comunidade a ganhar confiança através do apoio oferecido, bem como através da aceitação da dependência, se necessária, com o objetivo de “promover ou desenvolver a iniciativa e a capacidade para auto-ajuda”. A confiança derivada de experiências iniciais satisfatórias aumenta a capacidade de efetuar mudanças e de resistir a posteriores frustrações e fracassos;

6 — auxiliar o indivíduo, grupo ou comunidade a perceber melhor a parte que lhe corresponde em seus problemas e dificuldades. O Assistente Social deve determinar o momento propício no qual as pessoas sejam capazes de aceitar tal interpretação e de tolerar o reconhecimento de uma realidade que lhes é desagradável. As defesas e preconceitos do indivíduo grupo ou comunidade são às vezes tão intensos que apenas permitem limitada compreensão. A habilidade do Assistente Social conseguirá, então, em trabalhar construtivamente dentro dessas limitações.

III — O SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

a — conceito

Segundo a ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ASSISTENTES SOCIAIS, o "Serviço Social Médico" compreende:

a) o estudo individual da situação social do paciente-cliente de seus interesses e necessidades relacionados com a doença.

b) e quando esses interesses e necessidades sociais afetam a sua saúde física e mental, tratamento médico-social do paciente-cliente, em colaboração com ele próprio, com sua família e com o médico".

b — análise das cinco funções fundamentais em serviço social médico

A função essencial do Assistente Social baseia-se nos conceitos modernos da Medicina Psico-Somática, isto é, no reconhecimento de que o doente deve ser tratado com um todo, portanto dando ênfase aos aspectos emocionais e sociais da moléstia, alargando o campo de ação do Serviço Social Médico.

Dentre as funções do Serviço Social Médico, a prática do Serviço de Caso é, indubitavelmente, a que tem maior aplicação, pela necessidade de se individualizar o cliente.

1 — Serviço Social de Caso

Baseia-se no conjunto de conhecimentos, princípios e técnicas específicas.

Na prática do Serviço de Caso, o Assistente Social não se limita a estudar a influência dos fatores sociais que, inegavelmente, dificultam ou, até mesmo impossibilitam o tratamento médico, mas estende sua atuação a um campo muito mais amplo, abrangendo, igualmente, os fatores emocionais relacionados à doença, assim como procura compreender o significado da moléstia para o paciente e seus familiares.

O Serviço Social de Caso envolve, no campo médico, como nos demais campos em que atua, o estudo individual do cliente, sua situação social, seus interesses, dificuldades ambientais etc... quando relacionados à doença ou ao tratamento médico.

Dê-se modo, é essencial estabelecer-se a inter-relação existente entre os problemas pessoais e a situação clínica. Para isso, é necessário que o médico e o Assistente Social compartilhem informações. O perfeito entrosamento entre esse dois profissionais permitirá ao Assistente Social orientar o cliente e seus familiares no sentido de aceitarem um plano compatível com as recomendações médicas.

2 — Desenvolvimento dos programas médico-sociais e formulação de normas dentro da Instituição Médica

Além da prática do Serviço Social de Caso, o Assistente Social, quando atuando em campo médico, tem igualmente a responsabilidade de participar dos programas médico-sociais dentro da instituição.

Um programa dessa ordem tem a finalidade de educar e preparar o cliente para a readaptação social.

3 — Participação no desenvolvimento de programas sociais e de saúde na comunidade

Ao Serviço Social Médico cabe participar desse desenvolvimento, levando aos grupos a sua experiência, colhida no exercício de sua atuação no campo médico.

4 — Participação no desenvolvimento de programas educacionais para profissionais

O estágio prático, como parte integrante do treinamento de estudantes de Faculdades de Serviço Social, tem sua origem nos métodos comumente empregados, com a finalidade de permitir que o aluno aprenda a aplicar na prática os seus conhecimentos teóricos.

Pela supervisão exercida por profissional experiente, é-lhe ensinada a prática em vigor, de modo que o aluno possa obter elementos essenciais à formação técnica.

Cabe também ao Serviço Social interpretar a outros profissionais que trabalham no âmbito hospitalar as funções do Serviço Social Médico. A finalidade dessa conduta não é ensinar como atua o Assistente Social, mas sim tornar os profissionais de outras categorias conscientes dos objetivos do Serviço Social Médico, a fim de que possam fazer uso correto dele.

5 — Pesquisa Médico-Social

É pela pesquisa social que são avaliados, em última análise, os fatores sociais, suas causas e efeitos, permitindo, pelo seu conhecimento, diagnosticar e tratá-los convenientemente.

Somente pela análise dos seus problemas pode uma instituição desenvolver, eficientemente, as suas atividades e prestar uma colaboração, à classe médica e à comunidade, digna de valor. Os resultados colhidos com as pesquisas permitirão a melhoria da assistência a ser prestada, pois os médicos poderão ter esclarecimentos sobre a situação real de seus pacientes bem como dos resultados obtidos.

Nesse setor, o Serviço Social poderá, também, contribuir para a pesquisa científica, através de resultados de pesquisas sociais a respeito dos pacientes que apresentem interesse para o médico, tanto durante o tratamento

quanto depois da alta. Portanto, o Assistente Social deve ter mentalidade pesquisadora em seu trabalho. A documentação atualizada do Serviço Social visa também esta função, permitindo a sua colaboração quando se faz necessário o estudo dos aspectos sociais em pesquisas empreendidas por outros profissionais.

c — Serviço Social de Caso

1 — Preliminares

O Serviço Social de Caso é básico no Serviço Social Médico, envolvendo o estudo individual do paciente, sua situação social, seus interesses e as dificuldades ambientais e pessoais que predispõem à doença ou interferem no aproveitamento máximo do tratamento.

Assim, dentro do Serviço Social de Caso, o Assistente Social dará uma eficiente colaboração à administração do Hospital e ao Serviço Médico, especialmente:

- a) levando o cliente a cooperar em seu tratamento;
- b) interpretando a situação social do cliente e de sua família ao médico, quando este achar necessário à compreensão e avaliação do diagnóstico e tratamento;
- c) esclarecendo os vários aspectos da doença ao cliente ou à sua família;
- d) compreendendo e ajudando o cliente na solução de seus problemas emocionais e sociais;
- e) auxiliando a adaptação hospitalar do paciente;
- f) colaborando com a equipe na preparação da reabilitação e alta do paciente, possibilitando em melhores bases o seu retorno ao meio familiar, profissional e social.

O Serviço Social de Caso é um processo dinâmico, e no campo médico os princípios e técnicas são os mesmos, tomando no entanto características próprias, pois o Assistente Social faz parte da equipe, onde o trabalho é levado a efeito por um grupo de profissionais sob a liderança do médico e, da perfeita harmonia e entrosamento entre os vários membros da equipe, onde o trabalho é levado a efeito por um grupo de profissionais sob a liderança do médico e, da perfeita harmonia e entrosamento entre os vários membros da equipe depende o êxito do tratamento e a recuperação do doente.

2 — Princípios básicos

a) relacionamento Assistente Social-cliente

O relacionamento em Serviço Social de Caso é a interação dinâmica de sentimentos e atitudes entre o Assistente Social e o cliente com o objetivo de auxiliar o cliente a conseguir um melhor ajustamento entre si próprio e o meio.

O relacionamento Assistente Social-cliente se processa através de princípios básicos.

b) princípios básicos

— **expressão eficaz de sentimentos** — consiste em diminuir as tensões emocionais do cliente, deixando-o expandir livremente seus sentimentos negativos e positivos.

— **não envolvimento emocional** — consiste na não identificação emocional com o cliente.

— **aceitação** — consiste no reconhecimento por parte do Assistente Social da dignidade inata do cliente como pessoa humana com direitos inalienáveis, quais sejam: a igualdade e o fim último. Com esta convicção o Assistente Social aceita o cliente tal como ele é independente de erros e fraquezas, considerando suas reais necessidades sem levar em conta suas qualidades, boas ou más, decorrentes dos fatores atávicos, sociais etc... É mister, todavia, esclarecer que **aceitar não implica em concordar com o erro**: seria desvirtuar o objetivo ético da profissão que, em essência, "não pode aceitar o crime, mas o criminoso com seus direitos inatos, inclusive o de se recuperar".

— **individualização** — consiste em reconhecimento por parte do Assistente Social das necessidades do cliente como pessoa humana, com todas as suas reações positivas e negativas. Tendo cada indivíduo o seu potencial hereditário e estando sujeito às influências do meio, diferenciando cada personalidade, torna-se imprescindível a individualização como princípio básico de Serviço Social de Caso.

— **atitude de não julgamento** — consiste na observância de um direito fundamental que tem a pessoa humana de só ser julgada por autoridade legitimamente constituída.

— **auto-determinação do cliente** — consiste na preservação de um direito fundamental de toda pessoa humana de fazer livremente as próprias escolhas, decidindo por si mesma. O Assistente Social tem o dever de não só aceitar e respeitar este direito teórica e praticamente, como de auxiliar o cliente tal como ele é independente de erros e fraquezas,

— **confidencialidade** — consiste em manter confidenciais as informações do cliente. É o segredo profissional.

3 — Técnica

As técnicas do Serviço Social de Caso são:

— entrevista; estudo do caso; diagnóstico; prognóstico; tratamento.

A **entrevista** é o instrumento técnico do Serviço Social de Caso, podendo mesmo ser considerada a "técnica mater", porque todas as outras técnicas se processam em função das entrevistas.

O estudo do caso consiste na obtenção de dados para os demais processos, condicionando-os à vida pregressa do cliente, ao seu meio-ambiente e aos vários grupos a que pertence.

O diagnóstico é a interpretação dos dados colhidos no estudo do caso, a fim de ser definido o tipo de desajustamento.

O prognóstico traça as perspectivas para o tratamento.

O tratamento é o estabelecimento da relação entre a causa e efeito, pelo que é aplicada a terapêutica prescrita no prognóstico, atingindo assim o caso social a sua última fase.

É bom notar-se que todas as técnicas se entrosam, sendo, porém, distintas conceitualmente.

IV — O SERVIÇO SOCIAL MÉDICO — PSIQUIÁTRICO NO PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIETRIA

a — O pavilhão de Neurologia e Psiquiatria

1 — Organograma

1) CHEFIA DO P.N.P.

Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo Filho

2) CONSELHO DE PSIQUIATRIA

1.ª turma:

Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo Filho — Maj. Méd. Dr. TONG Ramos Viana — Maj. Méd. Aer. Dr. Luiz Fernando Ferreira STUDART — Cap. Méd. Dr. José AREAL

2.ª turma:

Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo Filho — Maj. Méd. Dr. ÊNIO Fabiano — 2.º Ten. Méd. Dr. Luiz LERNER — Méd. Civil Dr. JUVENAL Dias dos Santos

3) CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Chefe:

Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo Filho
Médicos

Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo Filho — Maj. Méd. Dr. TONG Ramos Viana — Maj. Méd. Dr. ÊNIO Fabiano — Maj. Méd. Aer. Dr. Luiz Fernando Ferreira STUDART — Cap. Méd. Dr. José AREAL — 2.º Ten. Méd. Dr. Luiz LERNER — 2.º Ten. Méd. Dr. Paulo Ricardo Cantalice LIPKE — Méd. Civil Dr. JUVENAL Dias dos Santos — Méd. Civil Dr. Victor LEONARDO da Silva Chaves — Méd. Civil Dr. Dirceu GALVÃO de França

Enfermeiros:

1.º Sgt. Benedito de Oliveira GUEDES (chefia) — 1.º Sgt. Alfredo Mota NUNES (Aux. Chefia) — 1.º Sgt. Ernandes TELLES Barreto (Insulinoterapia) — 2.º Sgt. Daniel PAIVA (En-

fermarias C e G) — 2.º Sgt. ABEL Alves de Lima (Enfermarias C e G) — 2.º Sgt. PAULO Gomes da Silva (Terap. Ocup.) — 2.º Sgt. José de ALMEIDA Santos (Enfermaria E) — 2.º Sgt. Ubiracy DANTAS (Enfermaria B) — 3.º Sgt. RONALDO Coelho (Terap. 2.º andar) — 3.º Sgt. Sebastião FERNANDES da Silva (Enfermaria F) — 1.º Sgt. Aer. José ALONSO dos Santos (Enfermarias D e H) — 3.º Sgt. Aer. José Carlos SCHEFFER (Enfermaria A) — 3.º Sgt. Aer. Luiz Gonzaga de SOUZA (licença) — 3.º Sgt. Aer. José MAMEDE (Terap. 1.º andar)

Enfermarias de psiquiatria

Enfermarias de Psiquiatria	capacidade	celas	andar
A para praças	20	—	1.º andar
C para sargentos	31	—	2.º andar
D e H para oficiais	D-18	4	2.º andar
	H-17		
E para praças	30	4	1.º andar
F para praças	20	4	1.º andar
G para sargentos	23	4	2.º andar
I e J doentes crônicos	I-12	2	1.º andar
	J-18		

3.1) ENFERMARIA "A" (praças)

chefe: Maj. Méd. Dr. TONG Ramos Viana — Méd. Civil Dr. Victor LEONARDO da Silva Chaves — Enf. Auxiliar 3.º Sgt. Aer. José Carlos SCHEFFER — Servente: 1

3.2) ENFERMARIA "C" (sargentos)

chefe: Cap. Méd. Dr. José AREAL — Enf. Auxiliar 2.º Sgt. Daniel PAIVA — Servente: 1

3.3) ENFERMARIAS "D" e "H" (oficiais)

chefe: Maj. Méd. Aer. Dr. Luiz Fernando Ferreira STUDART — chefe enf. D: Maj. Méd. Aer. Dr. Luiz Fernando Ferreira STUDART — chefe enf. H: 2.º Ten. Méd.: Dr. Paulo Ricardo Cantalice LIPKE — Enf. Auxiliar 1.º Sgt. Aer. José ALONSO dos Santos — Serventes: 2.

3.4) ENFERMARIA "E" (praças)

chefe: Méd. Civil Dr. JUVENAL Dias dos Santos — Méd. Civil Dr. Dirceu GALVÃO de França — Enf. Auxiliar 2.º Sgt. José de ALMEIDA Santos — Servente: 1

3.5) ENFERMARIA "F" (praças)

chefe: Maj. Méd. Dr. ÊNIO Fabiano — 2.º Ten. Méd. Dr. Paulo Ricardo Cantalice LIPKE — Enf. Auxiliar 3.º Sgt. Sebastião FERNANDES da Silva — Servente: 1

3.6) ENFERMARIA "G" (sargentos)

chefe: 2.º Ten. Méd. Dr. Luiz LERNER — Enf. Auxiliar
2.º Sgt. Daniel PAIVA — 2.º Sgt. ABEL Alves de Lima —
Servente: 1

3.7) ENFERMARIAS "I" e "J" (doentes crônicos)

chefe: Ten. Cel. Méd. Dr. Cezar POGGI de Figueiredo
Filho — chefe Enf. I (insulinoterapia): Méd. Civil Dr. Victor
LEONARDO da Silva Chaves — Enf. Auxiliar 1.º Sgt. Ernandes
TELLES Barreto — chefe Enf. J (eletrochoque): Méd. Ci-
vil Dr. Dirceu GALVÃO de França — Servente: 1.

4) CLÍNICA NEUROLÓGICA

chefe: Maj. Méd. Dr. José Luiz CAMPINHO Pereira —
Médicos: Maj. Méd. Dr. José Luiz CAMPINHO Pereira — Cap.
Cap. Méd. Dr. Antônio DUARTE Ferreira Filho — Cap. Méd.
Dr. Guilherme A. F. Mello — Enfs.: 2.º Sgt. João Meireles
MOERBECK (Gabinete do EEG) 2.º Sgt. Ubiracy DANTAS
(Enfermaria B) — Aux. de Enf. Zilda Ferreira de Aguiar —
Aux. Serv. Méd. Nadina Gomes de Oliveira

ENFERMARIA DE NEUROLOGIA

Enfermaria de Neurologia	capacidade	andar
B para praças	3	1.º andar

4.1) ENFERMARIA "B" (praças)

chefe: Cap. Méd. Dr. Antônio DUARTE Ferreira Filho —
Enf. Auxiliar: 2.º Sgt. Ubiracy DANTAS — Servente: 1

4.2) GABINETE DE EEG

chefe: Maj. Méd. Dr. José Luiz CAMPINHO Pereira —
Enf. Auxiliar 2.º Sgt. João Meireles MOERBECK — Aux. Enf.
Zilda Ferreira de Aguiar — Aux. Serv. Méd. Nadina Gomes
de Oliveira

4.3) AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA (pareceres e con-
sultas)

chefe: Maj. Méd. Dr. José Luiz CAMPINHO Pereira —
Cap. Méd. Dr. Antônio DUARTE Ferreira Filho

4.4) SETOR DE NEURO-CIRURGIA

chefe: Cap. Méd. Dr. Guilherme A. F. Melo

5) SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Enf. Chefe 1.º Sgt. Benedito de Oliveira GUEDES — Aux
do Enf. Chefe 1.º Sgt. Alfredo Mota NUNES

6) SALA DE CURATIVOS

1.º andar: 3.º Sgt. Aer. José MAMEDE — 2.º andar: 3.º Sgt.
RONALDO Coelho

7) Secretaria

Responsável: 1.º Sgt. Enf. Benedito de Oliveira GUEDES
Outros: 1.º Sgt. Enf. Alfredo Mota NUNES (contrôle de altas
e baixas) — 2.º Sgt. Bur. Celestino Luzia INOCÊNCIO (datiló-
grafo) — Func. Civil Francisco Batista Linhares Neto —
Func. Civil Zenir de Azevedo Sant'Ana — Func. Civil Antô-
nio Corrêa de Queiroz — Func. Civil Manoel Edilson Braga
(estafeta)

8) AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA (pareceres e consultas)
a cargo do Corpo Médico do PNP.

9) UNIDADE DE:

— Tratamento Biológico

chefe: Méd. Civil Dr. JUVENAL Dias dos Santos

— Insulinoterapia

1.º Sgt. Enf. Ernandes TELLES Barreto — Func. Civil
José Felisberto Barroso Filho

— Eletrochoque

10) SETOR DE PSICOLOGIA

chefe: Maj. Méd. Dr. TONG Ramos Viana — Enf. Aux.
3.º Sgt. Aer. José Carlos SCHEFFER — Técnicos: a ser pre-
enchido.

11) SERVIÇO SOCIAL MÉDICO-PSIQUIÁTRICO — SETOR
DE SERVIÇO SOCIAL

chefe: Assist. Social NAZARENO José dos Santos
Coordenação, Supervisão e Centro de Estudos

Assist. Social NAZARENO José dos Santos — Assist. Social
ANA Maria Ferreira de Sousa — Assist. Social Estag. VERA
Maria Galvão Salinas — Técnicos Estagiários: a ser preen-
chido.

12) GABINETE ODONTOLÓGICO

chefe: Maj. Cir. Dent. Dr. Eyder SIMONETTI

13) SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL E REABILI-
TAÇÃO

chefe: Maj. Méd. Dr. TONG Ramos Viana — Enf. Au-
xiliar: 2.º Sgt. PAULO Gomes da Silva — Monitor Geral:
Func. Civil Altair Muniz Ferreira — Encadernador: Func.
Civil José Nogueira Kinaip — Guarda: Func. Civil Antônio
José de Araújo.

13.1) ASSOCIAÇÃO SENEPISTA

Supervisor: 2.º Sgt. Enf. PAULO Gomes da Silva — Di-
reção: Pacientes

13.2) PÁTEOS, HORTAS e JARDINS

Responsável: Guarda - Func. Civil Antônio José de Araújo
— Servente: 1

14) COPAS

- 1.º andar: Responsável: Irmã JOANA — Serventes: 4 —
2.º andar: Responsável: Irmã JOSEFA — Serventes: 2

15) SERVIÇO DE GUARDA E VIGILÂNCIA

Guardas: Sebastião Ribeiro Guimarães — Sebastião Frederico — Edwirges Ferreira André — Luiz Vicente da Silva — Odenir Nolasco Joanes — Serventes: 2

2) Competências do Serv. Social Médico-Psiquiátrico no PNP.

Compete ao Serviço Social Médico-Psiquiátrico:

I — colaborar com o Corpo Clínico do PNP.:

a) analisando o meio familiar, econômico e social dos pacientes com o objetivo de contribuir para melhor orientação do diagnóstico e do tratamento médico-psiquiátrico;

b) orientando as famílias dos pacientes na solução dos problemas familiares e sociais decorrentes da doença ou que interfiram com a sua estada no PNP.;

c) sugestionando o paciente a aceitar certos aspectos da doença ou do tratamento médico;

d) interpretando aos familiares ou responsáveis pelos pacientes os objetivos e regulamentos do PNP.;

e) realizando visitas de seguimento de casos no domicílio dos pacientes de modo a avaliar condições sociais favoráveis à continuidade do tratamento;

f) auxiliando o paciente em alta em sua readaptação social.

II — colaborar com a equipe médica do PNP. para a maior dinâmica dos leitos, inclusive preparando alta dos pacientes com problemas atinentes.

III — realizar estudos da especialidade para complementação da pesquisa médico-social do PNP.

IV — participar do desenvolvimento da programação de ensino que vise o constante aperfeiçoamento da equipe do PNP.

V — elaborar estatística social baseada no meio familiar, econômico e social dos pacientes, no que tange, principalmente à prevenção dos males sociais ocasionados pela doença, a fim de que o PNP. melhor atinja as suas finalidades.

VI — articular junto à Enfermagem do PNP. para troca de informações que sejam necessárias à melhor compreensão do doente e ao tratamento a ser realizado por ambos os profissionais.

VII — manter estreitos contatos com o serviço análogos de outras instituições, para fins de aperfeiçoamento ou aprimoramento das técnicas empregadas no tratamento social dos casos e rotina de trabalho.

No desenvolvimento dessas atividades observa-se:

a) execução das técnicas específicas de Serviço Social de Caso: estudo, diagnóstico e tratamento social dos casos;

b) participação na visita médica objetivando o entrosamento com a equipe para conhecer os aspectos médicos da doença e o plano de tratamento, bem como fornecer dados sociais referentes aos casos em estudo e tratamento;

c) proceder à triagem dos casos para seguimento médico-social, de acordo com o critério estabelecido com a equipe médica;

d) participação na preparação de alta dos pacientes que apresentem problemas sociais;

e) promoção de reuniões de serviço;

f) elaboração e execução de pesquisas sociais.

3) Funções dos Técnicos de Serviço Social do PNP.

a) Assistente Social Chefe

Ao Assistente Social Chefe compete:

1) manter o Serviço Social dentro das funções específicas de Serviço Social Médico;

2) dirigir e responder pelo trabalho do Setor de Serviço Social;

3) elaborar as rotinas de trabalho e distribuir os casos;

4) supervisionar os casos quando não houver supervisores de Serviço Social de Caso no Setor de Serviço Social;

5) promover e presidir as reuniões mensais de serviço;

6) promover reuniões de estudo;

7) ser responsável pelos trabalhos de estudo e pesquisas realizados pelo Setor de Serviço Social;

8) orientar o serviço administrativo do Setor de Serviço Social;

9) contribuir para o aperfeiçoamento profissional do pessoal técnico sob sua direção;

10) apresentar estatísticas mensais dos trabalhos realizados ao Chefe do PNP.;

11) apresentar relatório anual ao Diretor do HCE. e ao Chefe do PNP.

b) Assistente Social Coordenador

Ao Assistente Social Coordenador compete:

1) procurar atingir os seguintes objetivos na coordenação:

a)) aperfeiçoamento do Setor de Serviço Social

b) unidade de serviço

c) maior rendimento de trabalho

2) executar o serviço administrativo do setor de Serviço Social, conforme orientação da Chefia;

3) manter estreito entrosamento com o Chefe do Setor de Serviço Social, através de reuniões periódicas para troca de informações e avaliação do trabalho desenvolvido;

4) colaborar com o Chefe do Setor de Serviço Social para organizar e manter a documentação técnica do Setor;

5) fornecer à chefia do Setor de Serviço Social, mensalmente, os dados estatísticos referentes ao trabalho realizado;

6) participar das reuniões de serviço;

7) participar do Centro de Estudos;

8) favorecer estágio e supervisão de alunos de Faculdades de Serviço Social, quando as condições do Setor de Serviço Social o permitirem, através de articulação com as Faculdades.

c) Assistente Social Supervisor

Ao Assistente Social Supervisor compete:

1) dinamizar a prática de Serviço Social de Caso no campo médico;

2) fornecer pareceres técnicos dos casos, quando solicitados;

3) supervisionar os estágios dos alunos de Faculdades de Serviço Social lotados no PNP.;

4) fazer escalas de supervisão, marcando as conferências individuais periódicas com os supervisionados;

5) fazer relatórios das conferências de supervisão, que serão discutidos nas reuniões com o chefe do Serviço Social;

6) participar das reuniões de Serviço;

7) participar do Centro de Estudos.

d) Assistente Social

Ao Assistente Social compete:

1) atender às necessidades do Serviço Social Médico dentro do PNP., de acordo com as determinações do Chefe do Setor de Serviço Social;

2) ter conferências periódicas de supervisão com os supervisores ou com o Chefe do Setor de Serviço Social;

3) apresentar relatórios de casos nas conferências de supervisão;

4) colaborar na organização da documentação, mantendo-a atualizada, de acordo com a orientação do Chefe;

5) participar das reuniões de serviço;

6) participar do Centro de Estudos;

7) auxiliar na elaboração dos trabalhos, estudo, planejamento, estatísticas e pesquisas sociais realizadas pelo Setor;

8) apresentar estatística diária e resumo mensal dos trabalhos realizados, em data fixada pela Chefia.

e) Estagiário de Serviço Social

Ao Estagiário de Serviço Social compete:

1) estudar e tratar, sob a supervisão de um assistente social, os casos que lhe forem confiados;

2) executar outras tarefas que lhe forem conferidas;

3) apresentar estatística diária e resumo mensal dos trabalhos realizados, aos supervisores;

4) participar das reuniões de serviço;

5) participar do Centro de Estudos;

6) ao terminar o período de estágio, fornecer cópia do relatório geral que será apresentado à Faculdade do Chefe do Setor de Serviço Social.

4) ROTINA DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL MÉDICO-PSIQUIÁTRICO DO PNP.

Uma vez o paciente sendo admitido para internação no PNP., sua família, ou o responsável, será encaminhado ao Setor de Serviço Social que efetuará a TRIAGEM SOCIAL.

1) TRIAGEM — entendemos por Triagem Social o primeiro contato, sistemático, entre a família do paciente, ou seu responsável, e o Assistente Social, com o objetivo de selecionar os doentes hospitalizados que apresentem problemas sociais.

Comumente a família do paciente ignora a existência do Serviço Social Médico como parte integrante da instituição; outras vezes, desconhece as atribuições deste Serviço. O Assistente Social, ciente dessa possibilidade, promove o primeiro contato com a família do paciente, mesmo que esta não apresente problemas.

Além das informações espontâneas, a entrevista de Triagem focaliza os seguintes aspectos:

a) responsabilidade da família em relação à cura do doente;

b) explicação da função do Assistente Social;

c) importância das notícias e visitas rigorosamente cumpridas;

d) informação sobre o Regulamento do PNP.;

e) vida profissional do doente, visando a alta e a reabilitação.

Desde que seja observada a existência de um problema social, o caso será encaminhado pela Triagem ao Chefe do Serviço Social que o entregará ao Assistente Social da enfermaria em que o paciente for internado.

A constatação da inexistência de problemas sociais atinentes não significa que o paciente não seja acompanhado

pelo Assistente Social da enfermaria. Ele estará sempre pronto a intervir a partir do momento em que os seus serviços sejam solicitados, quer pelo médico, quer pelos familiares do paciente, quer seja pelo próprio paciente.

II) NAS ENFERMARIAS

a) Em cada enfermaria do PNP. haverá um Assistente Social encarregado dos casos existentes.

b) Periódicamente o Assistente Social deverá acompanhar a equipe na visita médica, o que permitirá melhor inter-relação entre os membros da equipe, visando o ajustamento total do paciente.

c) Toda alta deve ser preparada, devendo a mesma ser comunicada com antecedência ao Assistente Social da enfermaria pela equipe médica.

III) VISITAS DOMICILIARES — excepcionalmente, e somente quando se fizer necessário ao tratamento social, serão feitas visitas domiciliares. Estas serão determinadas nas conferências de Supervisão.

Gostaríamos de salientar que no início dos trabalhos, em virtude do acúmulo de casos sociais existentes, o atendimento do Serviço Social Médico-Psiquiátrico será através de encaminhamentos feitos pelos médicos.

Com o entrosamento gradativo do Serviço Social Médico-Psiquiátrico no funcionamento existente no PNP., o atendimento social passará a obedecer a rotina acima exposta.

Portanto, a implantação processar-se-á em três fases, a saber:

1.^a) encaminhamento de casos ao Serviço Social Médico-Psiquiátrico pelos médicos;

2.^a) Triagem Social encaminhando os casos que, através da Chefia serão entregues aos Assistentes Sociais das enfermarias;

3.^a) atendimento rotineiro nas enfermarias e no ambulatório.

5) INSTALAÇÕES E MATERIAL

O Serviço Social Médico-Psiquiátrico necessita para o seu funcionamento um grupo de três (3) salas, interligadas, assim distribuídas: uma para a Chefia, outra para Coordenação e uma terceira, subdividida em dois (2) boxes para entrevistas. Sala de chefia — material:

duas (2) mesas com gavetas; duas (2) cadeiras de giro; duas (2) cadeiras fixas; um (1) armário-estante; um (1) arquivo com gavetas; telefone; interfone; material de escritório em geral; outros acessórios.

Sala de coordenação — material:

duas (2) mesas com gavetas; uma (1) cadeira de giro; três (3) cadeiras fixas; um (1) armário-estante; um (1) arquivo de escrever; interfone; material de escritório em geral; uma (1) gaveta; um (1) fichário de mesa com duas (2) gavetas; máquinas de escrever; interfone; material de escritório em geral; outros acessórios.

Sala de Entrevista (dois boxes) — Material:

duas (2) mesas com gavetas; quatro (4) cadeiras fixas; um (1) armário guarda-roupa.

Transporte para Serviço-Externo: uma (1) viatura

Quanto à localização, far-se-ia necessário que o Serviço Social Médico-Psiquiátrico funcionasse num local de fácil acesso, dado que o atendimento social exigirá constante contato com os familiares dos pacientes.

6) Documentação

1) Livros: de Registro Social; de Ocorrências Diárias; de Ata para Reunião de Serviço; de Ata para Centro de Estudos.

2) Fôlha de Rosto: identificação sócio-familiar-econômica do cliente.

3) Fôlha de Evolução: desenvolvimento do caso social

4) Fôlha de Relatório — Síntese de Serviço Externo

5) Fôlha para Sumário de Transferência: utilizada para transferir o caso para outro Assistente Social

6) Fôlha para Sumário de Encerramento.

7) Fôlha para Estatística do Caso.

8) Fôlha para Encaminhamento Interno: a ser utilizada pela equipe médica ao encaminhar um paciente ao Serviço Social Médico-Psiquiátrico.

9) Fôlha para Encaminhamento Externo: a ser utilizada pelo Assistente Social para encaminhar o caso a Recursos Externos.

10) Fôlha para Marcação de Entrevista: a ser utilizada pelo Assistente Social quando houver necessidade de um novo contato com o cliente ou seus familiares.

11) Ficha de Registro Social para arquivo

12) Ficha-Cadastro de Recursos Militares

13) Fôlha de Ponto para Assistente Social

14) Ficha para Estagiário: identificação

15) Fôlha de Ponto para Estagiário

16) Fôlha de Produção -Estatística Diária e Mensal

17) Fôlha de Avaliação de Estágio.



Ainda como coronel o diretor do HCE assina no livro histórico a ata de inauguração do Pavilhão Cel. Humberto de Melo

Ondas T isoeletricas em DI, V5 e V6, num individuo acima de 40 anos, sugere fortemente insuficiencia coronaria cronica. No entanto, pode tratar-se de apenas sobrecarga sistolica do VE, ja que, quando ha sobrecarga que dure certo tempo, a onda T, normalmente positiva e assimetrica, vai-se achatando, torna-se isoeletrica, e depois de negativiza.

DADOS SOBRE O RELATÓRIO OFICIAL DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Contendo:

ATIVIDADES

TÉCNICAS

ADMINISTRATIVAS

CULTURAIS

CIENTÍFICAS

SOCIAIS

Ano 1967/68

RESUMO DE DADOS DO RELATÓRIO ANUAL REFERENTE A OPERIO DEZ.-67/NOV.-68

DISTRIBUIÇÃO DAS DIVERSAS UNIDADES QUE CONSTITUEM O H.C.E.

1- PAVILHÃO CENTRAL	ADMINISTRAÇÃO ALMOXARIFADO APROVISIONAMENTO SERVIÇO FARMACÊUTICO
2- PAVILHÃO DE OFICIAIS	
3- PAVILHÃO MARECHAL FERREIRA DO AMARAL	
4- PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA	
5- PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA	
6- PAVILHÃO DE CIRURGIA HUMBERTO DE MELO	
7- PAVILHÃO DE ISOLAMENTO	
8- 19 PAVILHÃO - Clínica Médica de Praças - Dermatologia	
9- 29 PAVILHÃO - Clínica Médica de Praças	
10- 49 PAVILHÃO - Clínica Cirúrgica de Praças - Serviço de Reabilitação	
11- PAVILHÃO XADREZ - 139 Enfermaria	
12- PAVILHÃO DE ESPECIALIDADES	Odontologia Otorrinolaringologia Oftalmologia Urologia Proctologia
13- PAVILHÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E MEDICINA LEGAL	
14- CASA DAS IRMÃS	
15- PAVILHÃO DA PORTARIA E DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA	
16- PAVILHÃO DAS JUNTAS MÉDICAS, CORPO DA GUARDA E VESTIÁRIO DE SARGENTOS E CIVIS	
17- CAPELA NOSSA SENHORA DAS GRACAS	
18- CENTRO SOCIAL MARECHAL FERREIRA DO AMARAL	
19- LAVANDARIA	
20- OFICINAS	
21- GARAGEM	
22- CONTINGENTE	
23- CAPELA MORTUÁRIA	

MAPA DE EFETIVO DE OFICIAIS

NATUREZA DOS SERVIÇOS	OFICIAIS																
	ARMAS E SERVIÇOS																
	MÉDICOS FARMACEUTICISTAS DENTISTAS 1E QDA QOE																
	Coronel	Ten. Coronel	Major	Capitão	Tenente	Capitão	Major	Tenente	Capitão	Major	Tenente	Capitão	Major	Tenente	Capitão	Major	Tenente
PREVISTO	6	13	23	37	6	1	2	1	4	1	1	2	4	3		2	3
EXISTENTE	7	13	23	22	1	1	2	2	1	2	1	2	4	4		3	2
CLARO				9	4				3								
EXCESSO	1																

SECRETARIA

EFETIVO - PESSOAL CIVIL - QUADRO PERMANENTE			
Auxiliares de Portaria	20	Eletricistas Instaladores	4
Atendentes	25	Eletricistas Operadores	2
Auxiliares de Enfermagem	76	Encadernador	1
Auxiliares de Cozinha	20	Fuileiro	1
Artífices de Máquinas	6	Garçons	10
Auxiliares de Laboratório	5	Guardas	9
Artífices de Manutenção	4	Lustradores	2
Alfaiate	1	Mecânicos de Máquinas	2
Auxiliar de Artífice	1	Motoristas	12
Arquivista	1	Manipuladores Produtos Químicos	2
Armazenista	5	Mestre	1
Bombeiros Hidráulicos	3	Nutricionistas	3
Bibliotecária Auxiliar	1	Oficiais de Administração	7
Barbeiro	1	Operários Rurais	4
Cozinheiros	22	Operadores de Raio X	2
Costureiras	12	Prático de Farmácia	1
Carpinteiros	2	Pedreiros	3
Cirurgião Dentista	1	Porteiros	14
Chefe de Portaria	1	Porteira Prática	1
Correntistas	5	Pintores	6
Datilógrafos	11	Serventes	197
Escriturários	19	Serviços	25
Entelador - Estofador	1	Telefonistas	6
Escreventes Datilógrafos	34	Técnicos de Contabilidade	2
Enfermeiras	13	Tesoureiro Auxiliar	1

TOTAL 608

EFETIVO DO PESSOAL CIVIL SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
(HOJE CLT)

Médicos	7	
Auxiliares de Serviços Médicos	63	
Auxiliares de Ambulatório	51	
Faxineiros	96	
Taifeiros	10	
Ajudantes de Cozinha	5	
Amanuenses	8	
Artífices Especializados	16	
Correntistas Varitipistas	4	260
EFETIVOS	608	
CONTRATADOS	260	
TOTAL GERAL DO EFETIVO DE PESSOAL CIVIL	868	

EFETIVO DO CONTINGENTE
- MILITAR -

Discriminação	Previsto	Existentes	Claros	Adidos como se fts fossem	Soma
Subtenentes	005	003	002	002	005
19º Sargentos	026	020	006	002	022
29º Sargentos	048	046	002	018	064
39º Sargentos	057	036	021	001	037
Cabos	012	012	—	002	014
Soldados	100	057	043	—	057
EFETIVO	248	174	075	025	199

RESUMO:

Oficiais	116
Pessoal Civil	868
Praças	199
	1183

OUTROS DADOS COLHIDOS DO RELATÓRIO:

APROVISIONAMENTO

	Valor e Número de Rações
Dezembro 67	Oficiais e Sargentos.....Ncr # 2.81
	Cabos e Soldados....." 2.81
Janeiro a	Oficiais e Sargentos....." 3.64
Novembro 68	Cabos e Soldados....." 3.26

Foram fornecidas durante o período de Dezembro de 1967 a Novembro de 1968, aproximadamente 2.561.720 refeições (Café, almoço e jantar) Baixados Oficiais, Sargentos, Funcionários e Acompanhantes.

TESOURARIA

Economias Administrativas

a) Receita:	Ncr # 111.179,48
b) Saldo do Exercício de 1967	338.655,00
c) Recebidos de Rendas Internas	365.347,69
d) Idem Idem de Despesas Hospitalares	1.626.964,95
e) Idem de Diárias de Hospitalização	16.419,42
f) Idem de Descontos Internos	8.460,44
g) Das Verbas Orçamentárias, ref. 85% - Saldo fim Exercício 67	117.215,28
h) 80% do Saldo do Rancho	2.584.242,26
DESPESAS realizadas até Novembro de 1968	2.367.228,71
SALDO	217.013,55

FOI REQUISITADA AO ESTABELECIMENTO CENTRAL DE FINANÇAS, DEZEMBRO DE 67 A NOVEMBRO DE 68, A CONTA DAS RESPECTIVAS DOTAÇÕES, A IMPORTÂNCIA DE NCR# 10.078.931,88 (DEZ MILHÕES, SETENTA E SEIS MIL, NOVECENTOS E TRINTA E UM CRUZEIROS NOVOIS E OITO CENTAVOS), DESTINADA AO PAGAMENTO DE VENCIMENTOS E VANTAGENS DO PESSOAL EM SERVIÇO NESTE HCE, A OCORRER DESPESAS COM SEPULTAMENTO DE PESSOAL, BEM COMO A INDENIZAÇÃO DE DIÁRIAS E ETAPAS DE HOSPITALIZAÇÃO DE OFICIAIS E PRAÇAS.

NESTE TOTAL ESTÁ INCLUIDO CONSIGNAÇÕES, INDENIZAÇÕES, DESPESAS A ANULAR E IMPORTÂNCIAS NÃO RELACIONADAS, A CARGO DO ESTABELECIMENTO CENTRAL DE FINANÇAS, DESCONTOS INTERNOS A CARGO DESTA UNIDADE, TRANSFERÊNCIAS PARA O RANCHO E ECONOMIAS ADMINISTRATIVAS, A TÍTULO DE INDENIZAÇÕES DIVERSAS.

O ORÇAMENTO ANALÍTICO DO MINISTÉRIO DO EXÉRCITO, PARA O CORRENTE EXERCÍCIO ATINGIU A ESTA UNIDADE PARA ATENDER AOS SEUS ENCARGOS EM RELAÇÃO A MATERIAL DOTAÇÃO NO TOTAL DE NCR# 152.115,00 (CENTO E CINQUENTA E DOIS MIL, CENTO E QUINZE CRUZEIROS NOVOIS), SENDO QUE ESTE MONTANTE NÃO ESTÁ INCLUIDO NA VERBA PARA PAGAMENTO AS IRMÃS DE CARIDADE, ESTANDO ASSIM DISCRIMINADO:

3.1.2.0 - Materiais de Consumo	Ncr # 91.115,00	
3.1.3.0 - Serviços de Terceiros	60.915,00	TOTAL
3.1.4.0 - Encargos Diversos	75,00	\$152.115,00
RECEBENDOS ATÉ 30 DE NOVEMBRO DE 68 SUPLEMENTAÇÃO NUM TOTAL DE NCR# 242.532,84		
RESTOS A PAGAR EXERCÍCIO DE 67	156.879,80	
IRMÃS DE CARIDADE	89.984,00	TOTAL
SENTENÇAS JUDICIÁRIAS (RISCO DE VIDA)	15.669,00	242.532,84

SERVIÇO FARMACÊUTICO
Fornecimento de Medicamentos Pela Farmácia
RECEITUÁRIO

RECEITUÁRIO						VENDAS A VISTA	TOTAL
MILITARES				CIVIS			
Ativa		Reserva					
INDENIZÁVEIS	GRÁTIS	INDENIZÁVEIS	GRÁTIS	INDENIZÁVEIS	GRÁTIS		
3 306	25.706	2.386	497	2.454	376	25.863	60.558

Compras Efetuadas nos Laboratórios e Firms Representantes de Produtos Farmacêuticos
Valor Total das Compras Efetuadas.....Mcr \$ 921.886,52
Valor Total das Bonificações e Descontos Recebidos....." 17.689,81
Valor Total das Compras Feitas à Vista....." 48.312,07
Valor Total das Vendas à Vista....." 130.623,04
Medicamentos Vendidos a Crédito aos Baixados....." 95.328,61
Descontos; Pessoal Civil e Militar do HCE....." 19.568,86
Medicamentos Fornecidos Gratuitamente....." 561.960,71

MOVIMENTO DE ENTORPECENTES

Número de Receitas de Entorpecentes Durante o Período: Dez. 67 - Nov. 68.....3.292
Para Uso Externo.....2.612
Para Uso Interno.....680
Receitas Pagas.....1.709
Receitas Grátis.....1.344
Receitas Indenizáveis.....237

ENTORPECENTES RECEITADOS

Codeína Pura
Demerol — Emps.
Dolasona — Compr.
Dilaudid — Escopolamina — Emps.
Dolantina — Emps.
Dionina — Grs.
Palfim — Emps.
Palfim — Comps.
Sedolina — Emps

PAVILHÃO MARECHAL FERREIRA DO AMARAL
Movimento Mensal do Centro Cirúrgico — Dez. 67 a Nov. 68

Meses	Nº de Doentes Operados	Nº de Intervenções	Emergência	Óbitos
Dezembro 67	63	64	2	0
Janeiro 68	70	75	23	2
Fevereiro	51	55	23	2
Março	10	10	9	0
Abril	Não houve Movimento por motivo de obras			
Maio				
Junho	63	66	18	0
Julho	76	78	18	0
Agosto	78	91	21	0
Setembro	74	75	18	1
Outubro	52	55	7	0
Novembro	65	68	10	0
TOTAL	602	637	199	3

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA
MOVIMENTO TÉCNICO

Perícias Psiquiátricas.....13
Consultas em Ambulatório de militares e seus dependentes e funcionários civis do Ministério do Exército.....640
Pareceres Psiquiátricos.....1.915
Obsevações Neuro. Psiquiátricas.....514
Inquéritos Sanitários de Origem.....2
Informações prestadas oficialmente.....393
Partes.....491
Curativos.....3.169
Injeções diversas (inclusive as da Seção de Insulinoterapia).....18.140
Processos transitados por este Pavilhão.....1.122

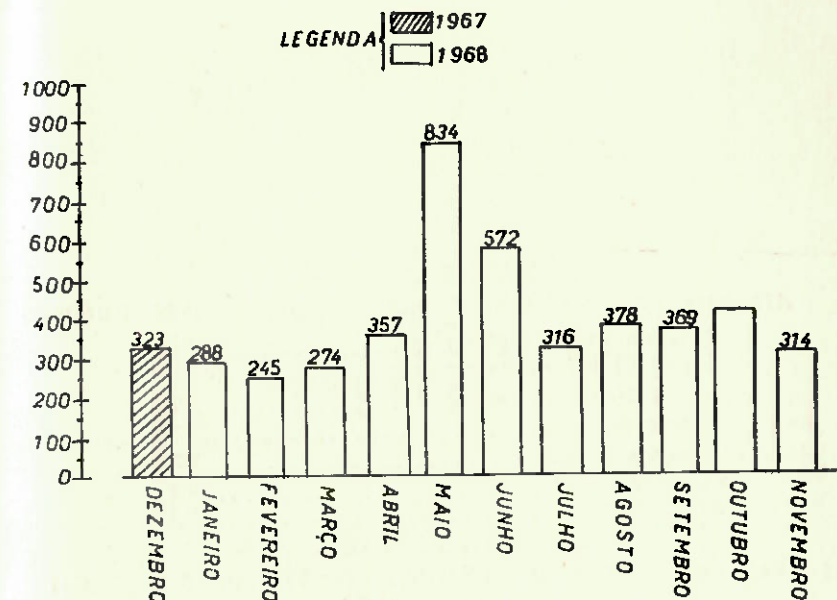
Movimento de Ambulatório - Período Dez. 67 a Nov. 68

a) Pareceres.....1915
b) Consultas.....640
c) Informações.....32
Total de Atendimento.....2587

AMBULATÓRIO

ESPECIFICAÇÕES	MILITARES				CIVIS			Soma
	Oficiais	Subtenentes e Sargentos	Cabos e Soldados	Dependentes Oficiais/Praças	Func. Civis	Reservistas	Dependentes Func. Civis	
ELETOENCEFALOGRAMAS	40	32	66	629	88	177	92	1124
ATENDIMENTOS: AMBULATÓRIO	18	73	134	226	40	39	53	583
PARECERES PARA AS JMS	67	148	94	72	423	931	14	1749
APLICAÇÕES: ELETOCONVULSOTERAPIA	8			6				14
FUNÇÕES RAQUIDIANAS E OCCIPITAIS		4	4	5		14		27
TESTE DE NÍVEL MENTAL					848	2		850
ELETRADIAGNÓSTICO			4					4

GRÁFICO ANUAL DO MOVIMENTO TÉCNICO DO PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA



CARDIOLOGIA

ANUAL

Pacientes Atendidos em Ambulatório.....	4.207
Pacientes Atendidos Baixados.....	1.697
TOTAL DE ATENDIMENTOS.....	5.904

ANESTESIAS EXECUTADAS

P M F A.....	4.90
P C P C e P C H M.....	3.37
Ortopedia.....	3.75
Otorrinolaringologia.....	8.22
Arsenal Cirúrgico.....	4.02
TOTAL GERAL (segundo os Pavilhões).....	24.26

TRANSFUSÕES DE SANGUE

Total das Transfusões de Sangue no período: Dez. 67 a Nov. 68.....	541.500 Litros
Total das Transfusões de Plasma " " " " " " " ".....	53.250 "

GAZOTERAPIA

Instalações Internas	
Número de Cilindros consumidos no período: Dez. 67 a Nov. 68.....	621
Instalações Externas	
Movimento do Serviço de Gázoterapia a Domicílio no período.....	32

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

MOVIMENTO - Pacientes Atendidos e Número de Exames Realizados = Dez. 67 a Nov. 68

Generais.....	547
Oficiais.....	2613
Subtenentes e Sargentos.....	2312
Cabos e Soldados.....	6447
Dependentes de Militares.....	4848
Funcionários Civis.....	1059
Ex-Combatentes.....	891
Dependentes de Funcionários.....	1298
Total de Atendimentos.....	20.815
Total de Exames Realizados.....	55.742
Valor Total dos Exames Realizados Ncr 88.502,95	

MATERNIDADE DO P M F A

Movimento Geral da Maternidade Durante o período: Dez 67 a Nov 68

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

ATIVIDADE DA ENFERMARIA E AMBULATÓRIO - PERÍODO: DEZ. 6 a NOV. 68

Baixados (16ª Enfermaria).....	375
Consultas em Ambulatório.....	3 553
Cirurgias.....	147
Pareceres.....	330
Injeções aplicadas.....	138
Curativos.....	652
Beaterapia.....	259

CLÍNICA UROLÓGICA

TOTAL GERAL das Atividades do Ambulatório - Dez. 67 a Nov. 68.....36.041

CLÍNICA PROTOLOGICA

ATIVIDADE DO AMBULATORIO- DEZ. 67 a NOV. 68

Atendimentos em Ambulatório.....	2.171
Atendimentos a Baixados.....	1 518
Matrículas.....	846
Curativos Retais.....	2.807
Reto.....	49
Pequenas Intervenções.....	103
Colheitas de Materias.....	24
Pareceres para JMS.....	81
Anuscopia.....	668
Dilatações Retais.....	30
Hemorróidectomias.....	153
Fistulectomia.....	57

ARSENAL CIRÚRGICO

CIRURGIA DE PRAÇAS

CURAS CIRÚRGICAS	Dezembro-1967.....3	Junho.....4
	Janeiro 1968.....7	Julho.....7
	Fevereiro.....4	Agosto.....7
	Março.....3	Setembro.....6
	Abril.....7	Outubro.....3
	Maior.....8	Novembro.....9

TOTAL DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS DURANTE O PERÍODO.....68

4ª ENFERMARIA

CLÍNICA MÉDICA DE PRAÇAS

MOVIMENTO TÉCNICO

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES.....	2.680
INJEÇÕES ENDOVENOSAS.....	2.250
CURATIVOS.....	350
CONSULTAS.....	210

6ª ENFERMARIA

PNEUMOPATIAS DE PRAÇAS

MOVIMENTO TÉCNICO

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES.....	14.231
INJEÇÕES ENDOVENOSAS.....	12.849
CURATIVOS.....	54

13ª ENFERMARIA

PAVILHÃO DE PRESOS

MOVIMENTO TÉCNICO

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES.....	65
INJEÇÕES ENDOVENOSAS.....	40
CURATIVOS DIVERSOS.....	100

15ª ENFERMARIA

CLÍNICA ORTOPÉDICA - INSTALAÇÕES

MOVIMENTO TÉCNICO

AMBULATÓRIO.....1.820

17ª ENFERMARIA

CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

ATIVIDADE DO SERVIÇO DE AMBULATÓRIO NO PERÍODO - DEZ. 67 a NOV. 68

Discriminações das Atividades	Ativa	DEPENDENTE Ativa	Reserva	DEPENDENTE Reserva	Civil	DEPENDENTE Civil	TOTAL
Ambulatório	267	198	273	190	210	187	1.325
Pareceres	22	2	12	5	47	-	88
Interv. Cirúrgicas	220	210	412	116	119	161	1.238
Curativos	143	122	109	167	100	120	761
Inalações	132	109	167	156	100	51	715

JUNTA MILITAR DE SAÚDE

Mapa Demonstrativo das Inspeções Mensais

1967-Dezembro	139
1968-Janeiro	159
Fevereiro	156
Março	213
Abril	137
Maio	145
Junho	113
Julho	201
Agosto	144
Setembro	189
Outubro	201
Novembro	157
TOTAL	1.954

JUNTA MÉDICA DE INSPEÇÃO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DO EXÉRCITO

Mapa Demonstrativo das Inspeções Mensais

1967-Dezembro	223
1968-Janeiro	279
Fevereiro	205
Março	248
Abril	192
Maio	265
Junho	268
Julho	281
Agosto	293
Setembro	278
Outubro	262
Novembro	291
TOTAL	3.183

Mapa Demonstrativo do Expediente das JMS e JMISC do ME.

Partes	33
Processos Informados	625
Ofícios Expedidos	139
Ofícios Recebidos	4460
Of. Enc. Cópias de Atas	500

CONTINGENTE DO HCE

TRABALHOS DE NATUREZA ADMINISTRATIVA EFETUADOS PELO CONTINGENTE Período Dezembro de 67 a Novembro de 69

Processo de Cancelamento de Punições	018
Processo de Concessão de Medalha Militar	010
Ofícios Expedidos	454
Notas para o Boletim	057
Encaminhamentos	117
Partes Internas	159
Referências Elogiosas	191

SECRETARIA

PROTOCOLO	EXPEDIENTE	
	Ofícios Recebidos Ostensivos	13.585
	Ofícios Recebidos Reservados	334
	Certidões Expedidas	252
	Cópias Autênticas Expedidas	420
	Telegramas Expedidos	1.998
	Radiogramas Expedidos	1.127
	Ofícios Expedidos Ostensivos	----
	Ofícios Expedidos Reservados	2.123

JUSTIÇA E DISCIPLINA	Inquérito Administrativo	----
	I P M	----
	Deprecatas	----
	Repreensões	10
	Referências Elogiosas	280
	Suspensões	5

VENCIMENTOS ÀS PRAÇAS DO CONTINGENTE

MESES	PAGAMENTO LÍQUIDO NCR #	RECOLHIMENTO À TESOURARIA - NCR#
DEZEMBRO 1967	50.624,94	243,36
JANEIRO 1968	57.743,82	-
FEVEREIRO	61.549,47	-
MARÇO	59.936,10	-
ABRIL	60.313,01	-
MAIO	62.855,27	751,32
JUNHO	39.590,56	-
JULHO	61.311,25	-
AGOSTO	63.105,04	-
SETEMBRO	85.222,65	-
OUTUBRO	83.782,50	-
NOVEMBRO	83.370,02	368,85
SOMA	789.404,63	1.363,53



O Exmo. Sr. Gen. de Ex., Aurélio de Lira Tavares, Ministro do Exército comparece ao HCE na oportunidade da inauguração do Pavilhão Cel. Humberto de Melo.

ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

A Seção Administrativa superintende as atividades meios do Hospital Central do Exército através da Tesouraria, do Almo-xarifado e Aprovisionamento, das Oficinas Gerais e do Serviço de Viaturas, órgãos que se desdobram em pequenas unidades para execução dos serviços concernentes à administração finan- ceira e econômica do Hospital, arrecadação, pagamentos, com- pras, guarda e distribuição de material, etc.

Este setor da administração intermediária do HCE desen- volveu nos doze meses — dezembro de 1967 a novembro de 1968 — últimos, suas atividades de forma a apoiar os órgãos técnicos de saúde, que se dedicam à análise, exame e cura das enfer- midades — finalidade precípua do Hospital Central do Exército.

Este trabalho está evidenciado nos seguintes dados:

TESOURARIA:

Esta dependência que funciona sob a chefia do Capitão IE WALTER GALVÃO DA CUNHA, não obstante sua crescente multiplicidade de encargos teve seus serviços normalmente executados e mantidos em dia. A escrituração dos livros e fichas foi rigorosamente mantida em dia e em ordem, dando-se integral cumprimento às exigências do artigo 35, do Regulamento de Administração do Exército. No ano de 1968, foram substituídos os livros de contas correntes por fichas individuais objetivando a racionalização dos serviços.

Neste setor transitarara pelo protocolo 5.111 documentos, além de serem expedidos 142 ofícios, 39 partes e informações, 469 Guias de Remessa, 48 Radiogramas e 4.413 Ofícios de Cobrança.

O movimento de Receita e Despesa no período a que se refere o presente Relatório, foi o seguinte:

a) — ECONOMIAS ADMINISTRATIVAS:

RECEITA

Saldo do exercício de 1967.....	NCr\$	112.173,48	
Recebido de Rendas Internas	"	338.655,00	
Idem Inden. Desp. Hospitalares....	"	365.347,69	
Idem Diárias de Hospitalização..	"	1.626.964,95	
Idem Descontos Internos	"	16.419,42	
Das Verbas Orçamentárias, Ref. 85%			
saldo fim exercício de 1967.....	"	8.460,44	
80% do saldo do Rancho	"	117.215,28	2.585.242,26

DESPESAS

Pagamentos realizados até 30 Nov. 1968..... 2.367.228,71
 SALDO 218.013,55

b) — RANCHO

O Título "Rancho" apresentou no período considerado, o seguinte movimento:

RECEITA

Etapas de Alimentação NCr\$ 1.809.616,66
 Outras Receitas de Rancho
 (REFORÇO) " 78.515,85

DESPESAS

Pagamentos realizados até 30
 Nov. 1968 " 1.739.115,69
 Saldo transferido para a COSEF " 31.801,54
 Saldo transferido para as ECON.
 ADM. " 117.215,28

c) — SERVIÇOS TÉCNICOS E GABINETE DE CLÍNICAS ESPECIALIZADAS.

A soma das indenizações pelo tratamento em ambulatórios nos diferentes serviços Técnicos e Gabinete de Clínicas Especializadas e indenização de hospitalização à vista deste HCE atingiu até 30 Nov. 68, a importância de NCr\$ 338.655,00 a qual incluída como rendas internas no título "ECONOMIAS ADMINISTRATIVAS", foi integralmente empregada na aquisição de material em uso nos próprios Gabinetes e Serviços de que provieram.

e) — VENCIMENTOS E VANTAGENS

Foi requisitada ao Estabelecimento Central de Finanças, dez. 67 a nov. 68, a conta das respectivas dotações, a importância de NCr\$ 10.076.931,88 (dez milhões setenta e seis mil novecentos e trinta e um cruzeiro novos e oitenta e oito centavos), destinada ao pagamento de Vencimentos e Vantagens do Pessoal em serviço neste HCE, a ocorrer despesas com sepultamento de Pessoal, bem como a indenização de Diárias e Etapas de Hospitalização de Oficiais e Praças.

Deste total está incluído consignações, indenizações, despesas a anular e importâncias não relacionadas, a cargo do ECF, descontos internos a cargo desta unidade, transferências para o rancho e economias administrativas, a título de indenizações diversas.

f) — QUANTITATIVOS DE MATERIAL

O orçamento analítico do Ministério do Exército, para o exercício de 1968 atingiu a esta unidade para atender aos seus encargos em relação a material dotações no total de NCr\$ 152.115,00 (cento e cinquenta e dois mil cento e quinze cruzeiros novos), sendo que neste montante não está incluído a verba para pagamento às Irmãs de Caridade, estando assim discriminado.

3.1.2.0 — MATERIAL DE CONSUMO

02 00 — Impressos, etc	NCr\$	2.875,00
03 00 — Artigos de Higiene, etc	"	23.200,00
04 00 — Combustíveis, etc	"	1.290,00
05 00 — Mat. e Acessórios, etc	"	2.200,00
10 00 — Matérias primas, etc.	"	25.500,00
11 00 — Produtos químicos, etc.	"	25.800,00
13 00 — Vestuários, etc.	"	6.250,00
15 00 — Lâmpadas, etc.	"	4.000,00

3.1.3.0 — SERVIÇOS DE TERCEIROS

04 00 — Iluminação, etc.	"	40.000,00
05 00 — Serviço de asseio, etc.	"	4.425,00
06 00 — Reparos, etc.	"	14.000,00
09 00 — Serviço de Comunicação, etc.	"	2.500,00

3.1.4.0 — ENCARGOS DIVERSOS

01 00 — Despesas miúdas, etc.	"	75,00
TOTAL	NCr\$	152.155,00

g) — SUPLEMENTAÇÕES

Foi recebido até 30 de novembro de 1968, suplementações num total de NCr\$ 242.532,84, assim discriminado:

Restos a pagar exercício de 1967	NCr\$	156.879,80
Irmãs de Caridade	"	69.984,00
Sentença Judiciária (risco de vida)	"	15.669,00
TOTAL	NCr\$	242.532,84

APROVISIONAMENTO:

Este importante setor da administração do Hospital esteve sob a orientação do Capitão IE PAULO ROBERTO QUEIROZ BOMFIM durante todo o exercício de 1968.

A grandeza do Hospital, refletida no seu número de efetivo civil e militar, além dos 1.300 baixados, evidencia a complexidade deste setor.

a) — COZINHAS

Possui o Hospital três cozinhas que estão assim discriminadas: cozinha-geral destinada à confecção das dietas das praças hospitalizadas; cozinha do Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral, destinada a confecção das dietas do pessoal baixado, confecção dos alimentos fornecidos aos sargentos, civis e acompanhantes e cozinha do Pavilhão de Oficiais destinada a confecção da dieta dos baixados e acompanhantes deste Pavilhão.

b) — DEPÓSITO DE GÊNEROS

Possui ainda (2) dois depósitos com capacidade de armazenar gêneros para um consumo aproximado de (10) dez dias, um próximo a cozinha-geral e outro no Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral.

c) — RANCHO

Atualmente o aprovisionamento dispõe de (5) cinco refeitórios; um designado aos oficiais, localizado no Pavilhão Central; outro instalado no Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral, sendo este dividido em refeitório A e B. O refeitório A, é destinado aos funcionários civis e aos acompanhantes e o refeitório B destinado aos sargentos; refeitório dos cabos e soldados, no contingente; refeitório dos serventes e refeitório do Pavilhão de Oficiais.

d) — ALIMENTAÇÃO

O preparo da alimentação destinada aos enfermos e demais é confeccionada com gêneros de primeira qualidade, obedecendo-se, rigorosamente, ao sistema dietético em vigor no exército, de que trata a tabela publicada no boletim do exército nº 93, de 3 de fevereiro de 1932.

A alimentação dos acompanhantes, sargentos e civis é feita com cardápio aprovado pela Administração deste nosocômio.

e) — AQUISIÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

A aquisição de gêneros é feita no Armazém Reembolsável do Estabelecimento Pandiá Calógeras e em firmas particulares,

na conformidade do art. 126, § 2º, letra "d", do Dec. lei nº 200 de 25/2/67, do art. 126 § 2º letra "i" e do art. 127, § 5º do Dec. lei nº 200 de 25/2/67.

f) — VALOR E NÚMERO LE RAZÕES

A etapa no período relatado teve os seguintes valores.

Mês de dezembro de 1967 .

Oficiais e Sargentos	NCr\$ 2,81
Cabos e Soldados	NCr\$ 2,81

Mês de janeiro a novembro de 1968.

Oficiais e Sargentos	NCr\$ 3,64
Cabos e Soldados	NCr\$ 3,26

Foram fornecidas durante o período de dezembro de 1967 a novembro de 1968, aproximadamente 2.561.720 refeições (café, almoço e jantar) aos baixados, oficiais, sargentos, funcionários e acompanhantes.

g) — CUSTO DA ALIMENTAÇÃO

Os recursos destinados ao custeio do serviço de aprovisionamento apresentou o seguinte movimento.

MESES	RECEITA	DESPESA	SALDO
DEZEMBRO DE 1967	210.681,86	199.276,29	11.405,57
JANEIRO DE 1968	10.738,12	11.635,47	—
FEVEREIRO DE 1968	118.666,96	177.657,30	—
MARÇO DE 1968	111.613,16	121.980,49	—
ABRIL DE 1968	172.149,96	134.281,98	37.867,98
MAIO DE 1968	140.221,24	138.561,54	1.659,70
JUNHO DE 1968	146.024,96	154.856,06	—
JULHO DE 1968	148.114,03	146.785,15	1.328,88
AGOSTO DE 1968	150.551,40	145.750,89	4.800,51
SETEMBRO DE 1968	277.047,10	216.924,95	60.122,15
OUTUBRO DE 1968	163.730,80	144.736,25	21.994,55
NOVEMBRO DE 1968	160.077,07	154.650,27	5.426,80

OFICINAS GERAIS:

As Oficinas Gerais deste Hospital, sob a direção do Capitão QOE RANGEL DE OLIVEIRA, funcionaram em ritmo intenso no que concerne à conservação dos bens móveis, compreendendo readaptações, reparos, pinturas gerais de imóveis e mobiliário, recuperação e manutenção das instalações elétricas, rede hidráulica, esgoto e de gás, equipamentos e acessórios em geral; aten-

dendo dentro de seus recursos as inúmeras ordens de serviços em todos os setores do Hospital, se esforçando no intuito de dar a maior colaboração à orientação da administração, apresentando o seguinte movimento:

a) — MOVIMENTO ESTATÍSTICO:

Partes recebidas	524
Ordens de serviços executados	2.467
Atendimentos de emergência (s/partes)	1.232
Partes expedidas	67
Mapas Mod. 11 remetidos	12

b) — MOVIMENTO DE OBRAS EXECUTADAS

Durante o período dissertado no presente relatório o movimento de obras, reformas e adaptações, foram executados entre outras as seguintes:

— 19ª ENFERMARIA — (Pavilhão de Cirurgia Marechal Humberto de Mello) foram concluídos os trabalhos de construção e instalação do novo Pavilhão destinado à centralização da Clínica Cirúrgica, parte do plano de interligação dos Pavilhões, no antigo local da 19ª enfermaria, com (3) pavimentos, com capacidade para 140 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias coletivas, com centro cirúrgico ligado ao do Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral.

— PAVILHÃO LOTT — Prosseguimento de pintura e reparos nos apartamentos e mobiliário; revisão nas instalações; construção de um apartamento especial no 3º pavimento destinado à hospitalização de Oficiais Gerais, com novo mobiliário, geladeira e ar condicionado.

— 1º PAVILHÃO — restauração das instalações sanitárias compreendendo substituição das tubulações de água e esgoto, válvulas, registros; instalações de novos mictórios e lavabos em aço inoxidável; substituição das privadas tipo TURCO por vasos sanitários CELITE; construção de dois banheiros privativos, de um quarto de banho e de um espurgo; telagem das janelas das enfermarias; reparos gerais inclusive no piso soalho e fôrro; pintura externa e interna do Pavilhão.

— PAVILHÃO DE RAIOS X E L.A.C. — Iniciada a reforma e pintura geral externa e internamente e construção de várias obras de adaptações e melhoramentos nas dependências internas, como: rebaixamento do fôrro de uma ala do LAC, construção de quatro boxes fechados para instalação das seções de bacteriologia, bacteriologia e parasitologia e colheita de material

contagioso; 2 balcões forrados em fórmica com gavetas e proteção de vidro para recepção e expedição de exames; fechamento das partes inferiores das bancadas com armários e gavetas forradas em fórmica, no RX, restauração de uma sala de exames com construção de um sanitário para os pacientes em exames; mudança da seção de abnegrafia com entrada independente; ampliação da câmara escura reforma da câmara clara e substituição dos antigos tanques de alvenaria por outros de aço inoxidável; envidraçamento, restauração e pintura do corredor ligando o Pavilhão de RX e LOTT.

— PAVILHÃO MARECHAL FERREIRA DO AMARAL — Restauração das SO do Centro Cirúrgico constando de substituição dos pisos e azulejamentos em côr das paredes internas, pintura geral inclusive do mobiliário, complementação da ligação com os SO do novo Pavilhão de Cirurgia pelos 2º e 3º pavimentos foi instalada uma pequena lavanderia destinada ao atendimento do berçário.

— CARDIOLOGIA — Foi transferida das antigas dependências no andar térreo do P.O. para a ala de ambulatório no andar térreo do P.M.F.A., onde funcionava a barbearia (transferida para o Pavilhão de Recreação do Centro Social Mal. Ferreira do Amaral); a atual cardiologia dispõe de três salas e uma ante-sala montada com equipamentos atualizados, ar condicionado, persianas e aplicação de tapetes e vulcapiso.

— PAVILHÃO CENTRAL — Reparos e pintura geral do Hall interno nos três pavimentos e limpeza do vitraux da cobertura; construção de dois sanitários e uma saleta e pintura interna das dependências da seção de contadaria; foram executados reparos e pintura geral e aplicação do sinteco no piso da sala destinada ao serviço de Estatística e Arquivo Médico; na área do Serviço Farmacêutico foram construídos dois banheiros no pavimento térreo e recuperada uma sala no 2º pavimento.

— 12ª ENFERMARIA — Foram restauradas, reparadas e pintadas as dependências da 12ª enfermaria instalada no 2º pavimento térreo e recuperada uma sala no 2º pavimento.

— 13ª ENFERMARIA — Foram iniciados os trabalhos de reparos das instalações sanitárias inclusive atêrro da parte dos fundos, substituição da rede de esgoto, etc.

— SEÇÃO DE COSTURA-LAVANDERIA — A seção de costura foi transferida para as dependências do 1º Pavimento do novo Pavilhão de Cirurgia, ao lado da área da Lavanderia, face reforma das instalações de Pediatria, foram executados trabalhos de reparos e pintura externa no prédio da lavanderia.

— PEDIATRIA — Foram iniciados os trabalhos de reforma e ampliação dos gabinetes de exames de ambulatório e de

construção de uma enfermaria dividida em boxes para hospitalização de clínica pediátrica.

— CENTRAL DE EMERGÊNCIA — Foram feitos reparos e pintura geral da Central de Emergência, onde funcionam o Gerador.

— OFICINAS GERAIS — Foram completadas as instalações de água e gás nos boxes onde funcionam as Oficinas Gerais.

— REDE DE GÁS — Foram executados trabalhos de revisão e substituição das tubulações de barbará na rede geral de gás.

CENTRAL DE OXIGÊNIO — Foi construído um posto Central de oxigênio nos moldes padronizados pela Firma SA White Martins.

PNP — Teve prosseguimento as obras de reparos das dependências internas e externas.

REFEITÓRIO PARA SERVIDORES — Foi instalado um refeitório para o pessoal das oficinas, obras, lavanderia e trabalhadores braçais, nas dependências do Pavilhão do Contingente.

— CONTINGENTE — Foram executados trabalhos de substituição nas instalações sanitárias, reparos e pintura gerais.

— CENTRO SOCIAL M. F. AMARAL — Instalação de um salão de barbearia para oficiais e outra para praças e servidores e restauração de uma sala para secretaria.

— ARSENAL CIRÚRGICO — Restauração e pintura de uma sala destinada a recuperação.

— PAVILHÃO DE ISOLAMENTO — Iniciados trabalhos de restauração e pintura da 2ª Enfermaria.

— PÁTEO — Prosseguindo os trabalhos de calçamento do parque do Hospital foram calçados em concreto e acabamento em cimento as duas praças laterais ao Pavilhão Central.

c) — ANÁLISES DOS SERVIÇOS E DAS OBRAS EM ANDAMENTO

Quanto às obras constantes do nosso planejamento face às necessidades mínimas no que diz respeito à assistência aos militares e seus dependentes, se faz mister a execução das obras estudadas e aprovadas, prosseguimento das iniciadas, restauração dos antigos Pavilhões e conservação e adaptação dos demais Pavilhões cujas exigências visam alcançar um melhor padrão nos atendimentos na parte de aplicação técnica como na assistência social.

Fazem parte do plano de obras para o exercício de 1968 e exercícios seguintes, entre outras já incluídas no plano-piloto do HCE, em colaboração com a Diretoria de obras, os seguintes itens.

1 — COZINHA GERAL — Restauração e aumento das dependências bem como do depósito de gêneros.

2 — ALMOXARIFADO — Construção de um novo depósito armazenar para o almoxarifado.

3 — CALÇAMENTO — Calçamento de várias áreas do pátio, principalmente da rua dos fundos de acesso às Oficinas, Contingente e Serviço Médico Legal.

4 — PAVILHÃO DE ISOLAMENTO — Prosseguimento dos trabalhos de conclusão de construção da nova ala cujas acomodações permitirão em seguida a remodelação do antigo Pavilhão.

5 — CAPELA N. S. DAS GRAÇAS — Substituição da cobertura.

6 — RX E LAC — Prosseguimento das obras de reforma geral, adaptações e pintura geral.

7 — CASA DAS IRMÃS — Substituição dos pisos, lavabos e peças das instalações sanitárias.

8 — 13ª ENFERMARIA — Instalação de privadas tipo TURCO nas celas e atêrro da parte dos banheiros de praças.

9 — 7º PAVILHÃO — Manutenção, melhoramento nas instalações do GUP.

10 — PEDIATRIA — Construção de uma enfermaria dividida em boxes para hospitalização da clínica de Pediatria. (Iniciado)

11 — S.A.G.T.S. — Pintura interna e reparos nas instalações do Serviço de Anestesia e Transfusão de Sangue.

12 — LAGO DA CENTRAL DE EMERGÊNCIA — Limpeza geral e reparos nas tubulações bomba d'água.

13 — P.C.P.C. E P.M.F.A. — Construção de apartamentos especiais destinados à hospitalização de Oficiais Generais.

14 — P.C.P.C. — P.O. E PAVILHÃO LOTT — Reparos e pintura geral.

15 — FARMÁCIA — Reinstalação da seção de hipodermia.

16 — PAVILHÃO CENTRAL — Revisão da cobertura.

17 — INTERLIGAÇÃO DOS PAVILHÕES — Prosseguimento da execução do plano de construção visando a interligação dos Pavilhões.

18 — LAVANDERIA — Instalação e atualização dos serviços da lavanderia face à demanda de suas tarefas, isto é, atendimento decorrente do movimento de hospitalização de 1:250 leitos — dia em média.

19 — P.N.P. — Prosseguimento das obras de restauração das dependências internas e externas e substituição da rede de esgoto e instalações elétricas.

20 — REDE DE ESGOTO — Restauração total da rede de esgoto.

d) — ÁGUA, ESGOTO E GAS

O HCE possui um reservatório subterrâneo com capacidade de 500.000 litros e uma caixa de distribuição instalada sobre uma torre de cimento armado. A água é elevada por dois motores cujas capacidade permite perfeita distribuição. Já se pode pensar, para um futuro próximo, decorrente do aumento de construções e consumo de líquido, em se construir novo reservatório e nova caixa de distribuição na ala direita do Hospital, ficando a atual com a provisão dos Pavilhões da ala esquerda.

A rede de gás, com duas entradas, uma pela esquerda da frente do Hospital abastecendo: 1º Pavilhão, Pavilhão Canrobert, Pavilhão de presos 7º Pavilhão e P.N.P.; outra entrada pela direita abastecendo os demais Pavilhões, inclusive Casa das Irmãs, Cozinha geral, Oficinas Gerais, Contingente e Pavilhão de Isolamento.

A rede de esgoto, antigo em suas tubulações, sobrecarregada em face do crescimento do Hospital está superada em muito na sua capacidade de escoamento, e muito prejudicada pela situação de nivelamento em relação à Sapucaia, ponto final da rede de esgoto da área de Benfica, e que se acentua ainda mais em decorrência da preamar em certos períodos lunares que provoca um retorno que determina especialmente em épocas de chuvas os transbordamentos das caixas de inspeções internas.

Os cuidados com este trinômio ÁGUA, ESGOTO E GAS, estão atribuídos à Oficina de Bombeiros. Facilmente se verifica os múltiplos encargos com que os SEIS elementos daquela Oficina, se defrontam no exercício de suas atividades no propósito de atender ao pleno funcionamento de 24 horas de mais de 500 instalações sanitárias com chuveiros, vasos sanitários, bidês, lavatórios, mictórios, mais ainda instalações de bebedouros, caixas d'água, reservatórios, cozinhas, refeitórios, farmácia, laboratórios, ambulatórios, enfim todas as dependências do Hospital.

e) — ELETRICIDADE

O Hospital em energia elétrica possui uma subestação que recebe e transforma por meio de três transformadores 6.000 V para 220 e 110 volts; em 1959 foi instalada a Central de Emergência com capacidade para 440KVA com equipamento importado diretamente da Alemanha.

f) — EDIFICAÇÕES CONSERVAÇÃO

No HCE, depois da instalação na sua sede atual, em 1902 foram construídos pela ordem: em 1905 — O Pavilhão dos Ser-

viços Radiológico e LAC, "RODRIGUES ALVES"; em 1908 — O Arsenal Cirúrgico e 19ª Enfermaria; em 1913 o Pavilhão Central de Administração "FLORIANO PEIXOTO", em 1914 o 4º Pavilhão "JOÃO CANICO", em 1922 — O Pavilhão de Isolamento "CALÓGERAS"; em 1938 — A Residência das Irmãs e Capela; em 1938 o 7º Pavilhão de Clínicas Especializadas; em 1939 o Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria; em 1942 o Pavilhão de Oficiais; em 1949 o Pavilhão "CANROBERT PEREIRA DA COSTA" antigo Pavilhão "DEODORO"; em 1956 o Pavilhão "MARECHAL FERREIRA DO AMARAL" e Pavilhão de Recreação do Centro Social que por feliz coincidência da atual Diretoria, ao reorganizar o Centro Social, deu-lhe a denominação de Centro Social Marechal Ferreira do Amaral, tornando-o o irmão em nome e idade do P.M.F.A.; em 1957 — O Pavilhão do Contingente do Hospital; em 1958 o Pavilhão da Central de Emergência; em 1960 o Pavilhão "MARECHAL HENRIQUE LOTT"; em 1967/68 os Pavilhões da Portaria e do Corpo da Guarda; em 1968 o Pavilhão do Serviço de Anatomia Patológica e Medicina Legal; em 1968 o Pavilhão de Cirurgia "MARECHAL HUMBERTO DE MELLO".

Exceto outras edificações complementares como: anexo ao PNP, forno de incineração de lixo, abatedouro de aves, oficinas gerais, garagens, calçamento do pátio, os demais Pavilhões antigos: 1º Pavilhão "CAXIAS", 2º Pavilhão "BARROSO" e Pavilhão de Presos "MARCELINO AGUIAR" foram inaugurados por ocasião da instalação do atual HCE, mas suas construções datam de 1893, 1895 e 1896.

É fácil verificar a árdua tarefa de conservação dos bens imóveis cujas obras em variados estilos de cada época — 1893 a 1968 — numa área de 78.960,00 m² com uma área coberta de mais de 17.000 m², sejam mantidos em condições, diga-se a bem da verdade, em excelentes condições de apresentação, considerando a reduzida equipe de conservação e obras.

ALMOXARIFADO:

O Almojarifado do HCE esteve, no período de dezembro 1967 a 14 de março de 1968, sob a orientação do Capitão IE PAULO ROBERTO QUEIROZ BONFIM, passando a partir de 15 de março de 1968 para a Chefia do Capitão IE ALOYSIO DE AZEREDO COUTINHO.

Como determina a legislação em vigor ao Almojarifado cabe a gestão e contabilidade do material a seu cargo, efetuar as compras, mandar realizar os consertos ou reparos no respectivo material, extrair os pedidos de material ou de prestação de serviços, dentre outros encargos.

Assim, o Almoixarifado no período observado imprimiu um ritmo de trabalho ativo e ininterrupto para atender aos múltiplos interesses do Hospital, não obstante a escassez de meios para a demanda de solicitações.

As necessidades do Hospital, no tocante a material, podem ser classificadas em linhas gerais nas seguintes classes:

1 — Material de Expediente (abrangendo artigos de papelaria e impressos).

2 — Material Técnico Permanente (abrangendo a aparelhagem médica usada, como estetoscópios, aparelhos de pressão, estufos, esterilizadores, aspiradores, focas, mobiliário, etc.).

3 — Material Técnico de Consumo (abrangendo fios de sutura, luvas, filmes de Raio X, seringas, sondas, equipes, catéteres, etc.).

4 — Material de Limpeza (abrangendo desinfetantes, desodorizantes, sabões para lavanderia e outros fins, vassouras, etc.).

5 — Material de Ferragens (abrangendo peças de reposição, como canos, fechaduras, vidros, louças, talheres, ventiladores, condicionadores de ar, geladeiras, tecidos, etc.).

6 — Material de Construção.

7 — Reparos — Reparos em aparelhos não especializados (abrangendo consertos em câmaras frigoríficas, centrais de ar condicionado, lavadoras de roupa, geladeiras, bebedouros, elevadores, persianas).

8 — Reparos em aparelhos especializados (abrangendo bisturis elétricos, aspiradores de secreção, raios X, autoclaves, estufas, camas fowler, etc.).

Depreende-se daí que o conjunto hospitalar que integra a HCE exige um volume imensurável de aquisições que alcançou o valor de 1,8 bilhão de cruzeiros novos, com as seguintes observações:

- Total de Partes encaminhadas: 1.308.
- Setor que mais encaminhou: PMFA.
- Setor que mais solicitou reparos em material: Lavanderia e Arsenal Cirúrgico.
- Média mensal de aquisição NCr\$ 150.000,00.
- Maiores consumos no Hospital: óleo combustível, fios de sutura, filmes de raio X, limpeza.
- Setor de atendimentos mais demorado: impressos.
- Setor de atendimento mais rápido: fios de sutura.
- Material mais solicitado (no verão): ventiladores.
- Material que mais exige reparos: condicionadores de ar, lavadoras de roupa e elevadores.

SERVIÇO DE VIATURAS:

O Serviço de Viaturas, chefiado durante todo o período relatado pelo Capitão QOE ANÉZIO MARQUES, pôde, como nos exercícios anteriores, sobrepôr-se às dificuldades e manter em serviço as 20 viaturas de que dispõe o Hospital, não obstante 50% delas se encontrarem desgastadas pelo constante uso.

Além da manutenção das viaturas, este Serviço, através de sua Seção de Pinturas, realizou trabalhos de restauração de armários, camas e aparelhos diversos pertencentes aos Pavilhões deste nosocômio.

A economia e eficiência que este Serviço oferece ao Hospital, através dos trabalhos que realiza com baixo custo operacional e aproveitamento da matéria-prima e do material rodante, indispensável às atividades do Hospital, evidencia-se nos números abaixo, relativos ao consumo de combustíveis e lubrificantes:

-- Passagem do ano anterior	6.201 litros
- Recebido da DMM	14.800 litros
- Adquirido pelo Hospital	26.000 litros
	47.001 litros
- Consumida durante o ano	43.900 litros
SALDO	3.101 litros

LAVANDERIA E SEÇÃO DE COSTURA:

A lavanderia e Seção de Costura deste nosocômio funcionaram intensamente durante todo o exercício de 1968, sob a orientação do Capitão QOA FERNANDO MARTINS, não se registrando nenhuma interrupção de suas atividades, não obstante as condições da maquinaria em uso.

Com efeito a Lavanderia operou a lavagem de 630 toneladas de roupas, correspondendo a 1.828.285 peças diversas.

Contudo, o serviço de lavagem de roupa somente alcançara a produtividade ideal quando instaladas as novas centrífugas, isto é, quando executada o Plano já elaborado e na dependência de aprovação dos escalões superiores que permitirá ao Hospital contar com uma moderna e eficiente Lavanderia.

A roupa de cama, bem assim as vestidas do pessoal baixado e em serviço são material de elevado custo financeiro e rápido desgaste, impondo assim não somente cuidado ao processo de lavagem como constante reparação e substituição através da Seção especializada de costura, que propicia ao Hospital boa apresentação e estado permanente de limpeza atenuando as dificuldades financeiras que desafiavam a administração.

Assim, neste mister a Seção de Costura, além dos reparos que operou durante o exercício, confeccionou 18.948 peças de roupas diversas, conforme discriminação abaixo:

Aventais	409
Calças	210
Campos	4.377
Capas	428
Cortinas	139
Envelopes de cretone	550
Fronhas	1.140
Gorros	761
Jalecos	772
Lençóis	1.775
Máscaras	1.909
Pijamas	2.863
Sacos	71
Suspensórios	1.420
Toalhas	505
Uniformes	204
Diversos	1.415
Total	18.948

O difasismo ou achatamento de T de VI a V3, em jovens de cor preta, em atletas, em mulheres obesas em menopausa, podem ser normais. Trata-se de uma anomalia posicional da alça de T no espaço e no plano horizontal, ou, ainda, da permanência de um "reliquat" ou seqüela do padrão infantil.

A morfologia das ondas T gigantes, positivas, simétricas, que aparecem por vezes nas pericardites, nas vagotonias, nas hiperpotassemias, nos infartos cardíacos e nos bloqueios A/V totais, permanecem sem explicação satisfatória. A resistência à propagação do estímulo pela fibra cardíaca e o retardo do tempo de propagação não explicam suficientemente êsses achados.

CENTRO SOCIAL MARECHAL FERREIRA DO AMARAL

1.º e 2.º Semestres

SECRETARIA

COMISSÃO DIRETORA — designada para o exercício de dezembro de 1967 a dezembro de 1968:

PRESIDENTE — Dr. Galeno da Penha Franco, Gen. Bda. Méd.

VICE-PRESIDENTE — Dr. Nilson Nogueira da Silva, Cel. Méd.

SECRETÁRIO — Dr. José Pereira Mattos, Cap. Dent.

ASSISTÊNCIA ALIMENTAR — Cap. I E Paulo Queiroz Bonfim

ASSISTÊNCIA RECREATIVA — Dr. Ariel Coelho de Souza, Cap. Dent.

ASSISTÊNCIA RELIGIOSA — Padre Augustinho Souzzato, Cap.

Capelão

ASSISTÊNCIA À SAÚDE — Dr. José Elias Monteiro Lopes, Ten. Cel. Méd.

ASSISTÊNCIA ECONÔMICA E FINANCEIRA — Dr. José Rabinowits, Maj. Méd.

ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTES E MANUTENÇÃO — Cap. QOE Anésio Marques

ASSISTÊNCIA DE LAVANDERIA E CONFECÇÕES — Cap. I E Aloísio Coutinho

ASSISTÊNCIA CULTURAL E EDUCACIONAL — Dr. Luiz Carlos Hypólito, Maj. Dent.

Durante o ano de 1968 foram expedidos os seguintes documentos:

PARTES	44
OFÍCIOS	48
NOTA P/BOLETIM	24
MEMORANDOS	3
OFÍCIOS CIRCULARES	41
CARTAS EXPEDIDAS	2
CARTAS RECEBIDAS	8
BOLETIM DO CESO	11

Material Distribuído para a Secretária do Centro Social

1. Um Livro c/100 Fôlhas de nº 1118
2. Um Ventilador Contact, nº 08755
3. Uma Estante c/duas portas de correr, envidraçadas, c/3 Prateleiras de 0,80x 1,41 x 0,35
4. Um Arquivo c/7 gavetas AB 57 e 58, nº 28166
5. Um Livro ref 721
6. Duas colheres de pedreiro
7. Duas enxadas
8. Duas picaretas

9. Uma talhadeira
10. Uma cadeira de engraxate c/poltrona, cromada, estofada Tipo Marabá, c/banquinho estofado
11. Máquina de escrever Imperial nº 25/6546
12. Duas mesas secretárias c/cadeiras
13. Um conjunto de sofá e duas cadeiras de madeira
14. Um conjunto de 2 (dois) sofás e três poltronas em Cama da Índia
15. Uma mesa p/máquina de escrever
16. Um arquivo c/duas gavetas União, de mesa
17. Um quadro p/avisos

Material Distribuído para a Barbearia dos Oficiais

1. Cadeira p/ barbeiro nº 122 luxo, cromada e estofada (Duas)
2. Um balcão Americano c/espelhos de cristal c/duas vitrinas
3. Um espelho de cristal s/quadro
4. Um espelho de cristal c/quadro
5. Seis cadeiras de tubo cromado tipo Marabá
6. Mesa de vinílico c/pés torneados, c/duas gavetas
7. Cabide de fôrmica c/seis suportes
8. Esterilizador de Bola, c/depósito de água quente

Material Distribuído para a Barbearia de Praças

1. Cadeira de barbeiro nº 123, estofada, cromada (duas)
2. Cadeiras de madeira — oito
3. Espelhos de cristal c/quadro — dois
4. Espelho de cristal c/cremalheira — suportes e aparadores cromados
5. Cabide de madeira c/seis suportes
6. Esterilizador de bola, c/depósito de água quente

Material Distribuído a Cantina do Centro Social

1. Banquinho p/bar estofado e cromado ref MP nº 1 078
2. Ventiladores de parede de 1 velocidade nº 570, 571, 572, 573
3. Cadeiras tipo Hollywood — Vinte e uma
4. Projetor de cinema Victor de 16 MM, modelo 60/25
5. Fogão Alfa de quatro bocas
6. Balcão Frigorífico nº KV — 592
7. Luminários — sete
8. Butijões de gás — dois

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

I — CONSULTAS MÉDICAS

No presente ano foram atendidos pelo gestor de saúde, em seu ambulatório, funcionários civis do H.C.Ex. e seus familiares, na média de 100 (cem) consultas mensais. Em consequência desse trabalho foram descobertos dois casos de tuberculose pulmonar em familiares de funcionários civis do H.C.Ex., providenciou-se tratamento e tomou-se as demais medidas necessárias.

Certos casos foram encaminhados às clínicas especializadas.

II — FORNECIMENTOS DE AMOSTRAS GRATIS

Após a devida autorização do Exmo. Sr. Gen. Diretor do H.C.E., o gestor de saúde enviou circulares a várias firmas, "laboratórios" solicitando o envio de amostras gratis, destinadas ao tratamento de familiares de servidores civis que, delas necessitassem. Vários laboratórios, tais como:

MILIAN
ANDROMACO
JOHNSON
GEIGY
WINTHROP

Atenderam a esse apêlo remetendo para o Centro Social, várias caixas dos seus produtos constantes da lista anexa na qual está anotado que, nos meses de agosto, setembro, outubro, cerca de sessenta pacientes, em sua maioria crianças, receberam essas amostras gratis.

III — ATIVIDADES DIVERSAS

O gestor de saúde, geralmente solicitou e obteve, de outros laboratórios, amostras de produtos a serem utilizados em casos urgentes, ou especiais. Manteve contacto com especialistas civis aos quais solicitou atendimento a familiares de funcionários que necessitavam de tratamento especial.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Assistência à saúde, atendeu no Cesó durante os meses de: agosto, setembro, outubro, cerca de sessenta (60) pessoas, na maioria crianças. Os medicamentos que tiveram mais saída foram vitaminas.

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXISTENTES NO CESO:

Agel ... 3 cxs. Anturan ... 10 vds. Antivag ... 2 cxs.
Betanutrex ... 1 cx. inj. Bryrel ... 7 vds. Boldtox ... 2 vds.

Butazolidina ... 5 cxs. inj. Butisol ... 18 vds. Credicilin ... 6 inj. cxs. Citroperazin ... 3 vds. Colifar ... 3 vds. Coliterite ... 3 vds. Conmel ... 2 vds. Dicel ... 1 vd. Drenol ... 6 cxs. Enterocin ... 3 vds. Foldan ... 6 cxs. Franol ... 4 cxs. Gastrogenex ... 2 vds. Higroton ... 10 vds. Hydrax ... 16 vds. Instilasa ... 1 vd. Irgapirin ... 7 envel. Livercolin ... 3 vds. Melhoral ... 1 cx. Infantil Milian ... 2 vds compr. Milian ... 3 vds. caps. Milian ... 1 vd. drageas Nitrometion ... 3 cxs. inj. Nitrometion ... 2 vds. Osfor ... 1 vd. Poldeman ... 5 vds. Quintossil ... 1 vd. Raquivita ... 1 vd. Resprin ... 1 vd.

Relatório do Departamento de Assistência Econômica e Financeira do Cesó no período de 1º de dezembro de 1967 à novembro 1968.

IV — CONCLUSÃO

Ao encerrar o exercício de 1968 o gestor de saúde crê poder afirmar ter feito o possível, dentro dos meios disponíveis para assistir, no setor saúde, aos associados do Centro Social Mal Ferreira do Amaral, seguindo as diretrizes traçadas pelo Exmo. Sr. Gen. Bda. Dr. Galeno da Penha Franco.

ASSISTÊNCIA ECONÔMICA E FINANCEIRA

Mês	Nº de Associados	Total Emprestado
Dezembro — 67	103	2.600,00
Janeiro — 68	295	14.140,00
Fevereiro	14	1.310,00
Março	35	2.456,00
Abril	35	2.381,00
Maio	126	9.135,00
Junho	84	7.345,00
Julho	80	5.050,00
Agosto	67	6.000,00
Setembro	69	6.420,00
Outubro	42	3.090,00
Novembro	18	880,00
TOTAL	968	60.807,00

PRINCIPAIS FINANCIAMENTOS

- 1 — Brinquedos para presente de natal a 105 (cento e cinco) associados

- 2 — Cobertores a 122 associados, num total de 173 cobertores
- 3 — Travesseiros de espuma a 89 associados
- 4 — Calças de gabardine de Nycron branco a 32 associados num total de 42 calças
- 5 — Material de construção a 28 associados num total de NCr\$ 7.525,00
- 6 — Pagamento de aluguel de casa atrasado e custos de advogado
- 7 — Perna mecânica no valor de NCr\$ 680,00
- 8 — Barraco p/dois associados
- 9 — Compra de uma casa, para um associado
- 10 — Máquina de calafetar, para um associado
- 11 — Máquina de costura para um associado
- 12 — Bomba d'água para um associado
- 13 — Aparelho engenheiro eletrônico para 20 associados
- 14 — Sapatos para 165 associados
- 15 — Vestes para 17 associados
- 16 — Baixelas de aço inoxidável para 80 associados

ASSISTÊNCIA RECREATIVA

Foi posta à disposição dos associados, no corrente ano as seguintes programações:

- 1) — HOLIDAY ON ICE — no mês de junho com abatimento nos ingressos de 60%.
- 2) — CINEMA — Sessões para os baixados, as 3.ª, 5ª e sáb. das 18 às 20 horas.
- 3) — ESPORTES — Jogos de Volley, as sextas-feiras das 10,30 às 12 horas, para os Srs. Oficiais e Sargentos.
- 4) — VISITAS — No dia 19 de novembro, foi realizada uma visita ao laboratório LEDERLE, na cidade de Rezende.

Para o fim de ano, temos programado um jantar de confraternização dos oficiais e famílias.

Além das programações acima mencionadas, o Departamento providenciou junto ao Exmo. Sr. Presidente a separação da cantina com a sala de projeção cinematográfica e o conserto de duas máquinas de projeção.

ASSISTÊNCIA ALIMENTAR

O setor de alimentação do centro social foi criado com a finalidade de proporcionar aos funcionários do H.C.E., sócios

o centro, o fornecimento de café e almoço por preços módicos e no próprio local de trabalho.

Fazem jus ao benefício os funcionários da Administração e outros que tenham regime de trabalho de 8 horas diárias.

Foi recolhido ao Centro Social a importância de NCr\$ 1.012,04 (um mil, e doze cruzeiros novos e quatro centavos).

Durante os meses de março a novembro do corrente ano foram fornecidas 5.400 almoços e 2.700 desjejuns.

Março	660	Almoços	e	270	Desjejuns
Abril	750	"	"	480	"
Maio	660	"	"	450	"
Junho	600	"	"	300	"
Julho	810	"	"	450	"
Agosto	390	"	"	150	"
Setembro	540	"	"	120	"
Outubro	540	"	"	240	"
Novembro	450	"	"	240	"
Total	5400	"	"	2700	"

ASSISTÊNCIA CULTURAL E EDUCACIONAL

No corrente ano, o Departamento Cultural e Educacional do CESOMFA, colocou à disposição dos associados, as seguintes programações:

I — CURSOS

- a) Curso de Taquigrafia
- b) Curso de confeitos e bolos
- c) Curso de bordados
- d) Curso de corte e costura
- e) Curso de fotografia
- f) Curso de diagramação
- g) Curso de relações públicas
- h) Curso de desenho
- i) Curso de propaganda
- j) Curso de português
- k) Curso de artes gráficas
- l) Curso de orientação aos pais
- m) Curso de Auxiliar de Gabinete Odontológico
- n) Curso primário
- o) Curso de bibliotecário

Para todos os cursos postos à disposição dos Associados, foi feita a divulgação, com cartazes na sala de ponto da Portaria e junto à Cantina do CESOMFA.

Houve interesse no Curso de Relações Públicas, por uma funcionária, a Sra. Wisllie Therezinha Muller, a qual está fazendo o curso no Museu de Arte e do Som, às próprias expensas.

No Curso de Auxiliar de Enfermagem, digo, de Gabinete Odontológico, inscreveram-se 72 (setenta e dois) candidatos tendo sido classificados 22 (vinte e dois) no Exame psicotécnico, os quais foram matriculados no curso, após prestação de uma prova de suficiência.

O Curso acha-se em funcionamento, com controle de frequência, apostilas, filmes, aulas teóricas (dadas pela equipe do Serviço Odontológico do HCE e convidados especiais), cartão de matrícula e provas de aproveitamento, devendo terminar em dezembro, com uma prova final para concessão de certificado aos aprovados. As aulas teóricas estão sendo dadas no Centro de Estudos e as aulas práticas serão dadas no Serviço Odontológico do HCEX e na SS White Dental Manufacturing Company do Brasil, sem ônus para o CESOMFA. Haverá visitas aos diversos serviços de odontologia do estado.

II — Pesquisa

Foi elaborado um questionário de pesquisa para o público interno do Hospital, com pleno êxito, pois as respostas permitem avaliar as necessidades dos associados e suas aspirações nos diversos setores de Assistência do CESOMFA.

III — LANÇAMENTO DE LIVRO

Foi feito no dia 12 de junho, com um coquetel no salão Central, o Lançamento do Livro de autoria do Funcionário Carlos Meinicke, deste Hospital, o qual se assina Gabriel Carlos.

O lançamento foi considerado pelos críticos, como um sucesso, em virtude do grande número de personalidades e representantes de diversos colégios e escolas presentes.

IV — CONFERÊNCIAS

Foram feitas diversas conferências, sobre assunto técnico.

V — FILMES

Foram feitos apresentações de diversos filmes de interesse médico odontológico e atuais, como sejam operações etc, estando programados outros ainda para o mês de novembro, inclusive um sobre transplante cardíaco, e outro sobre anestesia.

VI — INSTRUÇÃO

Foi apresentado um esquema de instrução através a TV Educativa, que se acha atualmente em estudo.

VII — OUTROS CURSOS

Acha-se em estudo a instalação de um Curso de Auxiliar de Enfermagem, que poderá ser feito em convênio com uma Escola Oficial.

VIII — CATALOGOS DE FILMES

Foram requisitados e já se encontram no Departamento, catálogos de filmes das Embaixadas da FRANÇA, ALEMANHA, CANADÁ, ESTADOS UNIDOS, INGLATERRA, etc, para exibição no Hospital, filmes êsses de interesse médico, farmacêutico, odontológico, cultura geral, turístico, artesanato e técnicos em geral.

O gestor do DEPARTAMENTO CULTURAL E EDUCACIONAL, vê coroado de êxito o seu esforço, no afan de apresentar programações que permitam melhor assistência aos Associados, pelo Exmo Sr. Presidente do CESOMFA, dando-lhes aprimoramento técnico e condições para melhor desempenho de suas funções, com evidente reflexo de êxito no conjunto e satisfação pessoal de seus elementos.

ASSISTÊNCIA DE TRANSPORTE E MANUTENÇÃO

Durante o corrente ano, o setor de Assistência de Transporte e Manutenção realizou, por intermédio do Serviço de Viaturas dêste Hospital, o seguinte:

a) — MUDANÇAS — Foram feitas mudanças para várias localidades do Estado da Guanabara e Estado do Rio de Janeiro, dentro do plano adotado pelo Centro Social.

b) — LAVAGEM E LUBRIFICAÇÃO — Apesar das dificuldades enfrentadas por êste setor, foram lavados e lubrificados mais de 50 (cinquenta) automóveis.

CONCLUSÃO

Para cumprir a finalidade do Centro Social no tocante a Transporte, Lavagem e Lubrificação, êste setor carece de pessoal permanente, de preferência, civil; pois o número de soldados distribuídos ao Serviço de Viaturas, não é suficiente para atender as 20 (vinte) Viaturas dêste Hospital, o que dificulta o atendimento aos associados do Centro.

Com o concurso de pessoal civil e com o aperfeiçoamento do pósto, êste setor poderia atender um maior número de associados e com maior presteza.

CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Foram realizados durante o ano de 1968, no Centro de Estudos do HCE os Cursos de EEG, de Administração Hospitalar, (Estatística Médica e Administrativa), de Aspectos médico-legais no âmbito do Exército e de Auxiliar de Gabinete Odontológico.

As aulas do Curso de EEG foram proferidas pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira e versaram sobre os seguintes assuntos: Os aparelhos: descrição sumária dos diversos tipos de eletrodos: Técnica de registro: colocação de electrodos. Os ritmos normais do adulto e da criança; Artíficos ligados ao aparelho; Artíficos ligados ao paciente; Provas de ativação rotineiras: A hiperpnéia; A estimulação cardíológica e A foto-estimulação intermitente; Alcolismo; O EEG no traumatismo e no acidente vascular cerebral. O Curso teve a duração de cinco meses e sua frequência foi numerosa.

O Curso de Administração Hospitalar (Estatística Médica e Administrativa), promovido pela Associação Brasileira de Arquivo Médico e patrocinado pela Academia Brasileira de Administração Hospitalar contou com professores convidados para proferirem as aulas, destacando-se os seguintes: Prof. Rosa e Silva que apresentou os temas: Problema da Administração Hospitalar — Carências, Dificuldades e Soluções; Aspectos dinâmicos da Administração. Da Chefia e Liderança; Importância do Problema — Características da Chefia — Qualidades do Chefe; Das relações sociais — No Plano da Colaboração — No Plano da Submissão; Departamentalização Hospitalar — Da Necessidade de Adequação na Interrelação de Serviços; Dra. Lydia Deslandes que apresentou o tema: Administração Geral e Pública — Conceitos — Princípios e funções — Relações e Níveis Funcionais, Dr. Jorge Vitor que apresentou o tema: O papel do Arquivo Médico no Hospital Moderno — Histórico — Localização e Organização, Dra. Leda Naylor que apresentou o tema: Do Arquivo Médico — Pessoal — Material — Área — Ambiente, Dra. Carlosina Dutra que apresentou o tema: O prontuário Médico — Valor da Importância — O prontuário como Instrumento de Comunicação — Sem valor na Educação e treinamento, Dr. Gil Trinta que, apresentou o tema: Do prontuário médico — Aspectos legais — Arquivamento, Dr. José Leão da Costa que apresentou os temas: Necessidade, Vantagens e Importância da Estatística aplicada a Medicina e à Administração; Noções de Estatísticas — Metodologia — Técnica de apresentação de dados — Tabelas e Gráficos, Dr. Levy Silvio Levy que apresentou o

tema: Do emprêgo de computadores na Administração Hospitalar, Dra. Maria do Socorro que apresentou os temas: O enfermeiro hospitalar — Organização e Funções, Aspectos da enfermagem no Hospital — Centro de Tratamento Intensivo Ambulatório — O Curso teve a duração de dois meses e sua frequência foi numerosa.

O Curso de Aspectos Médico Legais no âmbito do Exército contou com a participação dos seguintes professores: Dr. Rubens Pedro Maenco Janini que apresentou os temas: Lesões por instrumentos contundentes e corto-contridentes e Instrumentos cortantes, perfuro — cortantes e penetrantes; Dr. Luiz Lerner que apresentou o tema: Personalidades psicopáticas; Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho que apresentou o tema: Ácido lisérgico; Prof. Nelson Caparelli que apresentou o tema: Asfixias mecânicas; Dr. José Areal que apresentou o tema: Anfetaminas e, Dr. Tong Ramos Viana que apresentou o tema: Maconha, morfina e cocaína. O Curso teve a duração de dois meses e sua frequência foi numerosa.

O Curso de Auxiliar de Gabinete Odontológico, patrocinado pelo Centro Social Marechal Ferreira do Amaral contou com o seguinte programa: Ética profissional, Organização de um consultório, Instrumental, Material Odontológico, Instrumental de endodontia, Periodontia, Dentisteria e Cirurgia, Técnica de Manipulação de RX e Câmara Escura, Noções de Relações Públicas e Comunicação Humana, Noções de Odontologia Sanitária. O Curso teve duração de dois meses, com prova de aproveitamento e frequência numerosa.

Com a colaboração da Astra Produtos Farmacêuticos Ltda foram projetados durante o ano de 1968 os seguintes filmes: Asma Bronquial; La riabilitazione degli spastici, Exame neurológico do recém-nascido normal, Tratamento cirúrgico da escoliose e As manipulações vertebrais em ortopedia. Ainda a colaboração do Laboratório Carlo Erba, foram projetados os seguintes filmes: Doença de Wilson, Pintura livre, Angiografia, Virus e Câncer, Tratamento do pulso lento — Marcapasso, Extirpação de tumor da língua, Máxima dosagem em anestesia odontológica, Transplante de coração e Anestésias e anestésicos técnicos.

Sob o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar e em conjunto com a Sociedade de Medicina Física e Reabilitação da Guanabara, com a Sociedade de Reumatologia da Guanabara e com o Centro de Estudos do HCE, realizou-se o Simpósio sobre Reumatismos da Coluna Vertebral com os seguintes simposiastas: Dr. Roberto Carneiro que apresentou o tema: Anatomia Patológica; Prof. Pedro Nava que apresentou o tema: Quadro Clínico. Dr. Caio Villela Nunes que apresentou o tema: Terapêu-

tica Médica, e Dr. Waldemar Wettreich que apresentou o tema: Medicina Física e Reabilitação. O Prof. Hilton Seda foi o coordenador deste Simpósio que contou com numerosa assistência. Transcrevemos, a seguir, os resumos das Atas do Centro de Estudos do HCE, redigidas, todas elas pelo Major Médico Dr. Tong Ramos Viana.

ATAS

Ata da sessão realizada a quatro de abril de mil novecentos e sessenta e oito, para abertura do Curso de Eletroencefalografia e suas Aplicações clínicas a ser ministrado pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho eireira, que abordou o tema: "Os aparelhos: descrição sumária dos diversos tipos de eletroencefalógrafos. A sessão foi aberta às dez e trinta horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva, que abriu os trabalhos e disse da importância do assunto a ser estudado, bem como enalteceu as qualidades de grande estudioso do assunto possuídas pelo conferencista. Às doze horas foi encerrada a sessão.

Ata da sessão ordinária realizada a dezoito de abril de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de EEG, sobre "Colocação de Elétrodos" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho e encerrada à hora convencional.

Ata da sessão ordinária realizada a vinte e cinco de abril de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de EEG, sobre "Os ritmos normais do adulto", pelo Major Méd. Dr. José Luiz Campinho. A sessão foi aberta pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho às dez horas e trinta minutos e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a dois de maio de mil e novecentos e sessenta e oito, para a aula do Curso de EEG sobre "Ritmos normais na Criança" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta às dez horas e trinta minutos pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Gastão de Carvalho Sousa e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a seis de maio de mil e novecentos e sessenta e oito, para abertura do Curso de Administração Hospitalar, com a apresentação do assunto "Problemas da Administração Hospitalar-Carências, Dificuldades e Soluções" pelo Prof. Fosa e Silva. A sessão foi aberta pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva que teceu comentários elogiosos e de engrandecimento à equipe promotora do Curso, ressaltando a importância do mesmo e frisando da necessidade de tais ensinamentos. Às doze horas a sessão foi encerrada.

Ata da sessão ordinária a oito de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de Adm. Hospitalar

"Administração Geral e Pública. Conceitos-Princípios e Funções-Relações e Níveis Funcionais — Organização" pela Dra. Lydia. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada aos nove dias do mês de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de EEG, sobre "Artifícios ligados ao aparelho" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Gastão de Carvalho Souza às dez horas e trinta minutos e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a dez de maio de mil e novecentos e sessenta e oito, para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Aspectos dinâmicos da Administração — Da Chefia e Liderança-Importância do Problema — Características da Chefia-Qualidades de Chefe pelo Prof. Rosa e Silva. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a treze de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Das relações sociais — Do Plano de Colaboração" pelo Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às dez horas pelo Prof. Rosa e Silva. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a quinze de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Das relações Sociais — Do Plano de Subordinação" pelo Prof. Rosa e Silva. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a dezesseis de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de EEG sobre: "Artifícios ligados ao paciente" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a dezessete de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Departamentalização Hospitalar — Da necessidade de Adequação na Interrelação de Serviços" pelo Prof. Rosa e Silva. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a vinte de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "O papel do Arquivo Médico no Hospital Moderno — Histórico — Localização e Organização pelo Dr. Jorge Vitor. A

sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e encerrada pelo mesmo às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a vinte e dois de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Do Arquivo Médico-Pessoal-Material-Ambulância" pela Dra. Leda. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária de vinte e três de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de EEG sobre "Provas de ativação rotineiras: A Hiperpnéia" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta às dez horas e trinta minutos pelo secretário do Centro de Estudos e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária de vinte e quatro de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "O Prontuário Médico Valor e Importância. O Prontuário como Instrumento de comunicação. Seu valor na Educação e Treinamento" pela Dra. Carlosina Dutra. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária de vinte e sete de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "O Prontuário Médico — Aspectos Médico-Legais-Composição Arquivamento, pelo Dr. Gil Trinta. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária de vinte e nove de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a aula do C. Adm. Hosp. sobre "Necessidade, Vantagens e Importância da Estatística Aplicada à Medicina e à Administração" pelo Dr. José Leão. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e pelo mesmo encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária de trinta de maio de mil e novecentos e sessenta e oito para a apresentação da aula do Curso de EEG sobre "Provas de ativação rotineira: a estimulação cardiológica" pelo Maj. Méd. Dr. Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta pelo secretário do CE às onze horas e por ele encerrada às doze.

Ata da sessão ordinária realizada a três de junho de mil e novecentos e sessenta e oito, para a aula do Curso de Adm. Hosp. sobre "Do emprêgo dos computadores em Administração Hospitalar" pelo Dr. Levy. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a cinco de junho de mil novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de Adm. Hosp. sobre: "O Enfermeiro Chefe-Organização e funções" pela Dra. Maria do Socorro. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e por ele encerrada às 12 horas.

Ata da sessão ordinária realizada a seis de junho de mil novecentos e sessenta e oito para apresentação da aula do CEEC: "A foto-estimulação intermitente" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta às 11 horas e encerrada às 12 pelo secretário.

Ata da sessão ordinária realizada a sete de junho de mil novecentos e sessenta e oito para a aula do Curso de Adm. Hosp. Aspectos da Enfermagem — Centro de Tratamento Intensivo — Ambulatórios" pela Dra. Maria do Socorro. A sessão foi aberta às onze horas pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e encerrada às 12 horas.

Ata da sessão ordinária para encerramento do Curso de Administração Hospitalar, realizada a treze de junho de mil novecentos e sessenta e oito. Presidiu a sessão, abrindo-a às 10,30 o Cel. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco diretor do HCE e presidente do Centro de Estudos. Após a palavra do presidente, do paraninfo e do Dr. Levy, foi encerrada às 12 horas, tendo estado presente, os Subdiretor técnico Cel. Méd. Dr. Paulo de Carvalho, Subdiretor administrativo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva e inúmeros médicos, farmacêuticos e dentistas do corpo clínico do HCE, além dos alunos que frequentaram o Curso.

Ata da sessão ordinária realizada a dezoito de junho de mil novecentos e sessenta e oito para a abertura do Curso de Aspectos Médico-Legais no âmbito do Exército "tendo a aula inaugural sido sobre: "Lesões por instrumentos contundentes e corto-contundentes" pelo Dr. Rubens Pedro Macuco Janine. A sessão foi aberta pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva às onze horas e por ele encerrada às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a vinte e um de junho de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto: "Instrumentos cortantes, perfuro cortantes e penetrantes", pelo Dr. Rubens Pedro Macuco Janine. A sessão foi aberta às onze horas e encerrada às doze pelo Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva.

Ata da sessão extraordinária, noturna, patrocinada pelo Serviço de Neurologia e Psiquiatria do HCE com a apresentação do assunto: "Personalidades Psicopáticas" pelo Dr. Luiz Lerner, 2º

Ten. Méd. Conv. A sessão foi aberta às 21 horas e encerrada às 23 horas pelo Ten. Cel. Méa. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho.

Ata da sessão ordinária realizada a vinte e oito de junho de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto "Alcoolismo" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta às vinte e uma horas pelo Maj. Méd. Dr. Luiz Campinho Pereira e pelo mesmo encerrada às vinte e três horas.

Ata da sessão ordinária realizada a dois de julho de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto "Ácido Lisérgico" pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo, que abriu a sessão às vinte e uma horas e encerrou às vinte e três horas.

Ata da sessão ordinária realizada a cinco de julho de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto "Asfixias Mecânicas" pelo Prof. Nelson Caparelli. Abriu a sessão o Cel. Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva às onze horas e a encerrou às doze horas.

Ata da sessão ordinária realizada a nove de julho de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto "Anfetaminas" pelo Cap. Méd. Dr. José Areal, sendo aberta a sessão às vinte e uma horas e encerrada às vinte e duas, pelo Maj. Méd. José Luiz Campinho Pereira.

Ata da sessão ordinária realizada a doze de julho de mil novecentos e sessenta e oito para apresentação do assunto "Morfina, Morfina e Cocaína" pelo Maj. Méd. Dr. Tong Ramos Viana. A sessão foi aberta às vinte e uma horas pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho e por ele encerrada às vinte e duas horas.

Ata da sessão realizada a oito de agosto de mil novecentos e sessenta e oito com a apresentação do assunto: "EEE no traumatismo e no acidente vascular cerebral" pelo Maj. Méd. Dr. José Luiz Campinho Pereira. A sessão foi aberta às vinte e uma horas e encerrada às vinte e três horas pelo Ten. Cel. Méd. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho.

NOTICIÁRIO

1967

O Hospital Central do Exército ao ensejo das comemorações do Dia do Funcionário fez prestar no dia 28-10-67 uma grande homenagem aos seus servidores civis, constante de uma sessão em que vários oradores se fizeram ouvir, sendo as festividades presididas pelo diretor da Casa, Coronel Médico Dr. Galeno da Penha Franco. Essa homenagem, prevista para as 11 horas, foi precedida da inauguração às 10 horas dos novos melhoramentos na Farmácia que passou a ter novas e modernas instalações, para maior facilidade do serviço reembolsável que vem de ser criado.

A 16-11-67, o Major Médico Dr. Ivo Bittencourt, Chefe do Pavilhão Marechal H. Lott, do Hospital Central do Exército, foi homenageado por seus colegas por motivo de seu aniversário natalício.

Com a presença de altas autoridades civis e militares, realizou-se a 29-11-67 às 11 horas, no Centro de Estudos do HCE, a cerimônia de encerramento dos Cursos de Organização e Estatística Hospitalares, patrocinados pela PUC e SUSEME. Presidiu a cerimônia o Diretor da Casa, Coronel Médico Dr. Galeno da Penha Franco.

A 30-11-67 às 20,30hs. em cerimônia realizada na sede da Escola de Saúde do Exército, foi empossado como membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar, o Tenente-coronel Médico Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho, saudado pelo acadêmico Coronel Dr. Galeno da Penha Franco. O ato revestiu-se de solenidade, comparecendo altas autoridades civis e militares amigos, colegas e camaradas do nôvo acadêmico.

A 6-12-67 a Academia Brasileira de Medicina Militar em comemoração ao seu 26º aniversário de fundação levou a efeito no Hospital Central do Exército um almoço de confraternização que contou com a presença de altas autoridades civis e militares e destacados membros dos Serviços de Saúde das Forças Armadas. Falou sobre a data o seu presidente Brigadeiro Dr. Gerardo Majella Bijos.

1968

Reassumiu no dia 6-3-68 a direção do HCE por conclusão de suas férias o Coronel Médico Dr. Galeno da Penha Franco. Em consequência o Coronel Médico Dr. Nilson Nogueira da Silva que vinha dirigindo voltou a seu posto de subdiretor do Hospital.

Por motivo da aposentadoria com mais de 30 e 35 anos de serviço o Diretor, Pessoal Militar e Civil do HCE homenagearam dia 13-3-68 com a celebração de uma missa votiva, os

seguintes funcionários que prestaram serviço durante aquele tempo no HCE e que, portanto, se tornaram merecedores dos agradecimentos da atual diretoria: Alutina Chaves Soares, Antônio Joaquim Goulart, Aida de Oliveira Wellish, Deanair Silveira da Costa, Hercília Cardoso do Vale e Arminda Soares de Lima.

Comemorou-se a 22-3-1968 na intimidade de sua vida funcional o 78º aniversário de criação do Hospital Central do Exército por decreto de 22 de março de 1890. Era desejo de seu Diretor e da DGSE inaugurar uma série de melhoramentos que ali estão se realizando, entretanto por motivo de força maior transferiu-se para outra oportunidade. As festividades do dia tiveram início muito cedo com formatura, hasteamento do Pavilhão Nacional e desfile do Contingente ali em serviço. Seguiu-se missa em ação de graças na Capela N. Sra. das Graças a que compareceu todo pessoal técnico e administrativo, Irmãs de Caridade e alunos da Fundação Escola Gama Filho, além de amigos da casa. Por fim realizou-se uma reunião no salão nobre da Casa vendo-se presente o Diretor Geral do Serviço de Saúde acompanhado dos Generais João Maliceski Junior e Álvaro Menezes Paes e também o Marechal Alberto Ribeiro Paes que quando na Chefia do DPG muito prestigiou aquela instituição, além de numerosas outras personalidades. Inicialmente o diretor do Hospital Cel. Dr. Galeno da Penha Franco no seu boletim comemorativo fez um relato da vida do Hospital desde os primórdios de sua fundação até nossos dias. Concitou a seus colaboradores a trabalharem para o engrandecimento da Casa para por fim dizer o seguinte: "Assim, nesta data em que se festeja mais um ano de existência do HCE cerremos fileira sobre o cumprimento de nossa missão e externemos também e principalmente os agradecimentos de quantos aqui trabalham aos nossos chefes, os atuais diretores geral, administrativo e técnico, Gen. de Div. Dr. Olívio Vieira Filho, Gen. Bgda. Dr. João Maliceski Junior e Gen. Bda. Dr. Álvaro Menezes Paes, ao Exmo Sr. Ministro do Exército Gen. Ex. Aurélio de Lira Tavares, pelo apoio prestado pelo incentivo permanente dedicado a esta organização militar que retribuirá procurando cumprir o seu dever". Encerradas as festividades os presentes fizeram uma visita ao antigo Dir. Geral de Saúde, Mar. Dr. Marques Porto que ali se encontrava em tratamento sob os cuidados dos médicos Dr. Lucíolo Gondim e Américo Mourão, este cardiologista e aquele clínico.

A partir de 4 de abril de 1968 com aulas às quinta-feiras, de 10 às 12h. a clínica neurológica do Hospital Central do Exército promoveu curso de aplicação clínica eletroencefalográfica.

Instalou-se a 7-5-68 no Hospital Central do Exército o curso de Temas de Administração Hospitalar. Patrocinou-o a Academia Brasileira de Administração Hospitalar sob a orientação do seu Presidente José Rosa e Silva.

Em cumprimento a disposições regulamentares e em calendário aprovado pelo Diretor Geral de Saúde, o General Dr. Álvaro Menezes Paes prosseguindo suas visitas de inspeção aos órgãos subordinados à Diretoria Técnica de Saúde, da qual é titular Inspeccionou e encontrou em excelentes condições de funcionamento o HCE, o IBE e a Policlínica Central respectivamente nos dias 2, 3 e 7 de maio de 1968 devendo o Dr. Menezes Paes viajar para Itatiaia, no dia 9, com a mesma finalidade em relação ao Hospital de Convalescentes e o Sanatório Militar.

A Diretoria Geral de Saúde do Exército, por intermédio do Hospital Central do Exército festejou a 27-5-68 o Dia do Patrono do Serviço de Saúde, General Médico Dr. João Severiano da Fonseca. Na inauguração de melhoramentos do HCE será instalado a Seção de Cardiologia dirigida pelo Maj. Méd. Dr. Américo Sovercchi Mourão. O Diretor do Hospital Central do Exército Coronel Médico Dr. Galeno da Penha Franco, fez expedir Boletim alusivo à data. Foi realizada Missa, seguindo-se outras comemorações com entrega de medalhas de tempo de serviço a oficiais e sargentos e placas de bons serviços às Irmãs de Caridade.

Os Ministérios Militares, o INPS e o Hospital dos Servidores do Estado assinaram convênio com o Instituto Nacional do Câncer em 3-5-68 para a execução de investigações e coleta de dados estatísticos sobre os casos de câncer em unidades hospitalares da Guanabara. O objetivo foi permitir a ampliação de pesquisas feitas pelo INC em Hospitais do Governo, pela sistematização das observações médicas e concentração de um maior volume de informes científicos sobre a doença. Foram signatários do acordo de cooperação com o INC o Diretor do Hospital Central do Exército, Coronel Galeno da Penha Franco; o Diretor de Saúde da Marinha Vice-Almirante Geraldo Barroso; o Diretor Geral de Saúde da Aeronáutica Maj. Brig. Dr. Geraldo Cesário Alvim, o Superintendente Regional do INPS e o Diretor do HSE. a primeira fase da campanha de prevenção será encerrada no próximo dia 10, no auditório do Instituto Nacional do Câncer que será presidida pelo Ministro da Saúde, Sr. Leonel Miranda.

Realizou-se no dia 10-6-68 às 10 horas, no Centro de Estudos do Hospital Central do Exército uma Sessão Clínico-Patológica em que tomaram parte os clínicos e cirurgiões do hospital sendo relator o Capitão Médico Dr. Newton Pereira Matos e orientador o Coronel Médico Dr. Nilson Nogueira da Silva.

No Centro Social "Marechal Ferreira do Amaral" do HCE, dia 12-6-68, às 11 horas, fez lançar o livro "Predestinação" de autoria do poeta Gabriel Carlos, antigo servidor da casa.

O ANJO BRANCO — Todos têm medo de hospital. Ao procurá-lo sentimos um medo interno, pela incerteza do que nos acontecerá. Em nossos hospitais dificilmente somos bem atendidos. Há pouco tempo houve o desenlace trágico da menina Josélia que morreu de tétano após perambular por inúmeros hospitais sem ser atendida. Mas contrastando com isso tudo, existem os médicos que se tornaram verdadeiros sacerdotes de sua profissão. No Hospital Central do Exército, nosocômio de militares e suas famílias existe um novo Dr. Kildare. Trata-se do Dr. Joás Fonseca competente e conhecido cirurgião. Paciente, bondoso, compreensivo, o Dr. Joás atende a todos os pacientes com um sorriso, animando-os e fazendo-os esquecer os males que porventura os atormentem. Não descansa um só instante em seus momentos de trabalho. Tudo que a ele se relaciona é fiscalizado com severidade, mas com compreensão. Um erro não justifica o outro e antes de punir o novo Dr. Kildare orienta, a fim de evitar transtornos fatais. Completa bem a equipe composta dos seus colegas Drs. Garriga, Rocha, Bandeira, Ivo, Paulo e o anestesista Jaci, entre outros além do Diretor Dr. Galeno da Penha Franco. Ao Dr. Joás e à equipe de médicos do Hospital Central do Exército, muitos dos que deles precisam sentirão a verdade do que no momento estamos afirmando e sentir-se-ão eternamente agradecidos Dr. Joás dignifica a profissão e é lembrado com carinho e com saudade, de todos que num momento de dor procurarem um hospital mas com receio de fazê-lo GAZETA DE NOTÍCIAS congratula-se com tão bondoso médico e elogia as autoridades do Hospital Central do Exército por tê-lo em seu quadro funcional. (Palavras de Gazeta de Notícias de 19-6-68).

O ministro do Exército passou grande parte da manhã de hoje, 20-6-68 no Hospital Central do Exército onde teve oportunidade de visitar algumas de suas instalações e inaugurar o novo Pavilhão de Cirurgia recém-construído pela Engenharia Militar e a nova instalação do Serviço de Cardiologia que vem de ser dotado de moderna aparelhagem, achando-se a sua direção confiada ao Major Médico Dr. Américo Sovercchi Mourão. O Ministro Lyra Tavares, que foi acompanhado dos Generais Syzeno Sarmiento e Moniz Aragão foi recepcionado no Hospital pelo Diretor Geral de Saúde Gen. Div. Méd. Dr. Olívio Vieira Filho e pelo Diretor da Casa Cel. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco.

O livro "Anais do Hospital Central do Exército", contendo suas atividades profissionais no campo das diversas especiali-

dades médicas, realizações, estatísticas etc, foi distribuído à classe médica e a interessados.

Visita da Diretoria do Clube dos Subtenentes e Sargentos do Exército ao novo Pavilhão para atendimento aos subtenentes, sargentos e suas famílias.

O Hospital Central do Exército que até aqui vinha sendo dirigido por Coronel Médico passou a ser função de General Médico tendo em vista o decreto nº 62.781 de 29 de maio de 68. Nestas condições passaram a existir duas vagas de General Médico que foram preenchidas a 25 de julho de 1968 data oficial de promoção no Quadro de Oficiais Generais. As vagas existentes foram distribuídas aos cargos de diretor administrativo de Saúde e de diretor do Hospital Central do Exército, achando-se à frente deste os então Coroneis Médicos Dr. Galeno da Penha Franco e daquela direção administrativa Dr. Washington Augusto de Almeida, que ascenderam ao generalato.

O Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco, Diretor do Hospital Central do Exército foi homenageado dia 7-8-68 pelo pessoal civil e militar do HCE por motivo de sua recente promoção. Missa às 9h. na Capela do Hospital e às 12h. almoço. Fêz a saudação o subdiretor do HCE, Cel Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva.

Os amigos e colegas do General Médico Dr. Galeno Franco em regoio pela sua promoção, ofereceram-lhe um jantar no Círculo Militar da Praia Vermelha (antiga Boite Casablanca) no dia 15 de agosto de 1968 às 20,00 horas. O novo General insistiu: Mas quem és tu, diz? De onde vens para onde vais? Respondi. Venho de um passado de lutas. Vou para o futuro ao qual me conduziram homens como tu. Venho das minas, dos montes, da planície, do planalto, do cerrado, da caatinga, dos pampas, dos seringais; da casinha onde um é pouco, dois é bom três e demais. Eu sou a fonte que canta e que diz chué, chué. Sou a água represada que se arrebenta e turbilhões. Sou Furnas, Três Marias, Paulo Afonso. Sou a indolência da rede e a trepidação da máquina. Sou uma fração e um todo. Uma pergunta e uma resposta. O mínimo e o máximo. Sou Pelé e Chico Buarque de Holanda. João Severiano da Fonseca e Osvaldo Cruz. Marçílio Dias e Caxias. Sou Marta Vasconcelos. Sou Darke de Matos. Sou Rui Barbosa. Sou a picada e a rodovia. A favela e o palácio. O igarapé e o rio-mar. Eu sou o Brasil. O Brasil que acompanha seus filhos. Que acompanha seus filhos para descobrir os mais capazes e premiá-los. Por isso venho-te acompanhando Galeno. Por isso até com as palmeiras do Hospital, ontem eu falei. Por isso te promovi a General. Porque preciso de ti, porque espero de ti, porque confio em ti. Eu sou o Brasil, Galeno. Eu sou o Brasil! Palavras do General Médico Dr. Manuel Baliú

Monteiro saudando o General Médico Dr Galeno da Penha Franco, por ocasião do jantar de 500 talheres que lhe foi oferecido, ontem, por seus amigos civis, militares das armas e serviços da ativa e da reserva, no Círculo Militar da Praia Vermelha. O homenageado acompanhado da Sra General Galeno da Penha Franco, agradeceu, sendo ao final da festa muito cumprimentado por todos os presentes, figurando entre eles o Marechal Florêncio de Abreu e Senhora; O Diretor-Geral de Saúde do Exército e Sra. Olívio Vieira Filho; o Diretor Técnico de Saúde e Sra. Gen. Dr. Álvaro Menezes Paes.

Por motivo de suas promoções ao Generalato a Academia Brasileira de Medicina Militar homenageou os acadêmicos Generais Dr. Washington Augusto de Almeida e Galeno da Penha Franco e o Brigadeiro Dr. Wilson de Oliveira Freitas na sessão solene de 27 de agosto de 1968, às 20,30h na rua Moncorvo Filho 20 os quais foram saudados pelo acadêmico José Carlos D'Andretta.

A nomeação em 11-9-68 do Ten. Cel. Méd. Dr. Bergson Maciel Pinheiro para instrutor de cirurgia plástica da Pontifícia Universidade Católica (Sv do prof. Ivo Pitanguy) motivou uma homenagem do Hospital Central do Exército, tendo a frente o General-diretor Dr. Galeno da Penha Franco.

Com autorização da Diretoria Geral de Saúde do Exército, o Hospital Central do Exército, dirigido pelo General Médico Dr. Galeno da Penha Franco realizou a 17-9-68, pela primeira vez, uma intervenção cardiovascular sendo o paciente uma criança de nove anos que sofria de Tetralogia de Fallot. Os trabalhos decorreram normalmente intervindo as equipes cirúrgica e clínica, esta dirigida pelo Dr. Américo Servecchi Mourão e aquela pelo Dr. Paulo Rodrigues.

Realizou-se dia 26-9-68 às 20 horas a II Reunião da Clínica Neuropsiquiátrica do Hospital Central do Exército. Foram apresentados os assuntos: Achados eletronecefalográficos em um grupo de homossexuais: Nossa experiência com um novo anti-depressivo: G 34 586-R.2 297 (primeiros ensaios); Terapêutica Cirúrgica da Epilepsia. Os certificados de conclusão do Curso de Aplicação Clínica de Eletroencefalografia serão entregues durante a reunião.

Participando das festividades do "Dia da Árvore", o Hospital Central do Exército presente o seu Diretor General Dr Galeno da Penha Franco em companhia dos respectivos Corpos de Médicos e da Administração, todo funcionalismo civil e militar, inclusive a Madre Superiora, acompanhada das religiosas ali em serviço, realizou a cerimônia de plantio de uma muda de "Pau Brasil" e outra de "Tuia" na parte fronteira do Pavilhão Central. Usou da palavra o Diretor-Geral do Hospital que por fim se

congratulação com os presentes, enquanto que o tenente coronel farmacêutico Joseph Reis, felicitou a Direção do Hospital pela iniciativa realizada e antes de ser encerrada a cerimônia, o contingente militar desfilou em continência à mais alta autoridade presente.

O Ministro do Exército assinou portaria em 21-10-68 concedendo Medalha do Pacificador, por serviços relevantes prestadas às Forças Armadas de Terra aos coronéis médicos Dr. Fernando Garriga de Menezes e Maurício Inácio Marcondes de Souza Bandeira...

As 9h e 30m do dia 30-10-68 no Centro de Estudos do Hospital Central do Exército realizou-se simpósio sobre Reumatismo da Coluna Vertebral em sessão conjunta com a Sociedade de Reumatologia da Guanabara, Sociedade de Medicina Física, Academia Brasileira de Medicina Militar e o Centro de Estudos do HCE. Foram simposiastas os Drs. Roberto Carneiro (Anatomia Patológica); prof. Caio Vilela Nunes (Terapêutica Médica); Waldemar Weitreich (Medicina Física e Reabilitação) e prof. Hilton Seda (coordenador).

Efetua-se no dia 7-11-68 reunião do Centro de Estudos do Hospital Central do Exército com a seguinte programação: Operação Bull through dos tumores da língua e do seio da boca, pelo Dr. Jorge Faibanks; Dermoliptomia abdominal, prof. William Callis. A reunião será no auditório do Pavilhão Central do HCE., à rua Francisco Manuel 126, Benfica.

O Dia da Bandeira no HCE foi assinalado com Missa em ação de graças às 8h30m na Capela do Hospital Central do Exército que programa outros atos cívico-militares: hasteamento da bandeira às 12 horas depois de entrega de medalhas, canto do hino nacional e da bandeira. O diretor do HCE Gen. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco fez ler ordem do dia alusiva à data.

A festa de Natal do Hospital Central do Exército foi efetuada dia 23, com sorteio de brindes e distribuição de doces e refrigerantes às crianças.

O laudo eletrocardiográfico de distúrbio ou transtorno da repolarização ventricular esquerda tem sido fator preponderante de neuroses cardíacas iatrogênicas e de má interpretação pelos clínicos e cirurgiões. Melhor seria que se acrescentasse o termo inespecífico para indicar que por vezes é compatível com a normalidade. Assim: distúrbios da repolarização ventricular difuso, ou localizado, inespecífico.

REUNIÕES COMEMORATIVAS

66.º ANIVERSÁRIO DO H. C. E.

No dia 20 de junho, comemorou-se o 66.º aniversário de instalação do HCE contando com programação de atos científicos, sociais e recreativos. Na ocasião o Diretor do Hospital congratulou-se com os seus auxiliares civis e militares e concitou-os a colaborarem para o brilho da programação na qual se incluem obviamente o aprimoramento técnico, científico que serve para enaltecer o conceito do nosso nosocômio.

O programa constou do seguinte: término do Curso de Administração Hospitalar efetuado pela Academia Brasileira de Administração Hospitalar; Lançamento do livro de versos do poeta Gabriel Carlos, funcionário do HCE; Reunião recreativa no Maracanãzinho com a cooperação do Centro Social Marechal Ferreira do Amaral; Abertura do Curso de Aspectos Médico-Legais a cargo do Serviço Médico-Legal do HCE e Visita do Exmo. Sr. Ministro do Exército, Gen. Ex. Aurélio Lira Tavares, acompanhado do Diretor-Geral de Saúde e altas autoridades militares.

SEMANA DE CAXIAS

Em comemoração à Semana de Caxias (18 a 25-8), o Hospital Central do Exército realizou a seguinte programação:

Missa em ação de graças na capela do HCE, Partida de voley-ball entre oficiais e sargentos com o troféu Semana de Caxias; Formatura geral do Continente; Torneio de foot-ball de salão entre sargentos, cabos, soldados e funcionários civis com o Troféu Duque de Caxias; Simpósio sobre Epilepsia patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar e tendo como coordenador o Ten., Cel. Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho; Simpósio sobre Câncer de útero, patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar e tendo como coordenador o Prof. Adayr Eyra de Araújo; Simpósio sobre cirroses hepáticas, patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar, tendo como coordenador o Cel. Dr. Maurício Inácio Marcondes; Simpósio sobre Litíase Biliar, patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar e tendo como coordenador o Cel. Dr. Fernando Garriga de Menezes; Simpósio sobre Serviço Odontológico, patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar e tendo como coordenador o Cel. Dr. Roberto Batista da Silva; Tarde esportiva com decisão de vários torneios; Leitura do Boletim do Dire-

tor do HCE alusivo à Semana de Caxias; Formatura geral do Contingente; Missa em ação de graças na Capela do HCE; Recebimento dos homenageados e autoridades pela tropa em formatura, prestando continência regulamentar; Palesira do Diretor do HCE abrindo as solenidades do dia 24 agosto com descerramento das coberturas colocadas sobre as fotografias dos homenageados, por suas respectivas espôsas ou pessoas gradas; oferecimento de placas d prata a cada um dos homenageados, com dizeres de agradecimento do Hospital, pelos serviços prestados e ramalhetes de flôres às suas espôsas ou representantes; Paavras do Comandante do Contingente quando serão oferecidas aos homenageados, flâmulas alusivas; Palavras dos homenageados ou representantes. Desfile da tropa em continência aos seus ex-comandantes, e às autoridades presentes; Coquetel oferecido pela Direção do HCE; Hasteamento do Pavilhão Nacional pelo oficial de Dia e elementos do serviço: Missa em ação de graças na capela do HCE Arreamento do Pavilhão Nacional pelo Oficial de Dia e elementos do serviço.

VISITA DA ECEME

No dia 4 de novembro houve o encerramento das visitas feitas pelo representante do Exmo. Sr. Comandante da Escola de Comando e Estado-Maior do Exército (ECEME) ao Hospital Central do Exército.

35.º ANIVERSÁRIO DA TURMA DE MÉDICOS DE 1933

No dia 2 de dezembro, comemorou-se no HCE o 35.º aniversário da Turma de Médicos da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, turma de 1933, destacando-se como componentes da turma, os três oficiais gerais da Marinha, Aeronáutica e Exército, Drs. Geraldo Barroso, Geraldo Cesário Alvim e Galeno da Penha Franco, inúmeros professores de diversas faculdades de Medicina do país, clínicos ilustres e de renome.

SUMÁRIO DOS NÚMEROS ANTERIORES

ANO I — 1936

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Histórico" — Alves Cerqueira.
- "MENINGO-TYPHUS" — Dr. F. Leitão.
- "MOMENTOS MÉDICO-LEGAIS" — Dr. Arídio Martins.
- "INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA CIRURGIA DE GUERRA" — Dr. Marques Porto.
- "BARREIRA HEMATO-ENCEFÁLICA E NEURO-LUES" — Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
- "UM CASO DE DOLICOCOLON ILEO-PÉLVICO" — Dr. Ernestino de Oliveira.
- "EM TÓRNO DE UM CASO DE NEURO-PSIQUIATRIA" — Dr. Henrique Chaves.
- "EM TÓRNO DE TRÊS COLECISTECTOMIAS" — Dr. Câmara Leal.
- "FERIMENTOS DA PELVE" — Dr. Gilberto Peixoto.
- "ASSOCIAÇÕES SINDRÔMICAS EM PATOLOGIA NERVOSA E MENTAL" — Dr. Jurandir Manfredini.
- "TRATAMENTO DA ESQUISTOSOMOSE PELOS CLITERES DE EMÉTICO" — Dr. Cândido Ribeiro.
- "PARALISIA DO MOTOR OCULAR EXTERNO E SUA SIGNIFICAÇÃO CLÍNICA" — Dr. Paiva Gonçalves.
- "DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING, GENERALIZADA" — Dr. Luiz Cesar de Andrade.
- "AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA E PORTADORES DE BACIOS DIFÉRICOS" — Dr. Otávio Amaral.
- "O QUE SE FAZ NO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO EM TERAPEÚTICA BLENORRÁGICA" — Dr. Augusto Rosadas.
- "ESPONDILITE SIFILITICA E PNEUMOCÓCICA" — Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
- "O MOSQUITTEIRO NACIONAL" — Dr. Euclides Goulart Bueno.
- "O HOSPITAL E SUA SECRETARIA" — Aristarco Ramos.
- "A AÇÃO CONSTRUTORA DA COMUNIDADE DE S. VICENTE DE PAULA, NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO NACIONAL" — Dr. Plínio Faelante.

ANO II — 1937

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDADES" — J. Acyline de Lima.

"HEMOSEDIMENTAÇÃO E CLÍNICA" — Dr. Ismar Tavares Mutel.

"EM TÓRNO DE UM CASO DE TERÇA MALIGNA" — Dr. Josefi Nunes Ribeiro.

"ANEURISMA ARTÉRIO-VENOSO FEMURAL" — Dr. Ernestino de Oliveira

"NOVA TÉCNICA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCÉLE" — Dr. Guilherme Hautz.

"FERIDA PENETRANTE DO ABDOME COM LESÕES MULTIVISCERAIS" — Dr. José Fadigas de Souza.

"EM TÓRNO DAS PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS" — Dr. Henrique Ferreira Chaves.

"CONCAUSAS" — Dr. Arídio Martins.

"PROBLEMA MÉDICO-MILITAR DAS PSICONEUROSES" — Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.

"O PROGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO EXÉRCITO" (a propósito de um caso de esquizofrenia, incapacitado há quatro anos e posteriormente readaptado à atividade militar) — Dr. Jurandir Manfredini.

"DA ARTE DOS CRIMINOSOS" (nota prévia) — Dr. Ubirajara da Rocha.

"A AUTO-URÓTERAPIA NO TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES BLENORRÁGICAS" — Dr. Olarico Xavier Airoso.

"OTITE MÉDIA PURULENTA AGUDA, MASTOIDITE, ABCESSO EXTRA-DURAL E ABCESSO DO CÉREBRO" — Dr. Otávio Amaral.

"CLÍNICA DE OLHOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO" — Dr. Paiva Gonçalves.

"EM TÓRNO DA SIFILIS CUTÂNEA" — Dr. Euclides Goulart Bueno.

"FINALIDADES DO CENTRO DE TRATAMENTO DA SIFILIS DO H. C. E." — Dr. Luiz Cesar de Andrade.

"O QUE JULGAMOS MELHOR NO TRATAMENTO DE VENERÉOS" — Dr. Alcebiades Schneider.

"REALIZAÇÕES DA FARMÁCIA. SEU EVOLUIR. FORMULÁRIO FARMACÊTICO MILITAR" — Primeiros-tenentes farmacêuticos Oscar Tavares Gomes, Ismael Ribeiro da Silveira Pinto e Arnaldo de Almeida Pontes.

"FARMACOTÉCNICA DOS COLÍRIOS" — Gerardo Majella Bijos, 2º Tenente-Farmacêutico.

"SEPSIA BUCAL" (INFECÇÕES EM FOCO) — Cap. Dr. Alberto da Fonseca.

"A ESTATÍSTICA DO H. C. E. DURANTE OS ANOS DE 1935-1936" — Major Dr. Reinaldo Ramos da Costa.

ANO III — 1938

"O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS RECENTES REALIZAÇÕES" — Coronel Dr. J. Acylino de Lima.

"SÓBRE UM CASO DE BLASTOMICÓSE" — Major Dr. Luiz Cesar de Andrade.

"LUXAÇÃO HABITUAL DA RÓTULA" — Major Dr. Gilberto Peixoto.

"CONCEITO ATUAL DA DOENÇA DE VOLKMANN" — Major Dr. E. Marques Porto.

"TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICOS FECHADOS" — (Conduta terapêutica) — Capitão Dr. Ernestino de Oliveira.

"A PROPOSTO DE UM CASO DE OSTEO ARTRITE CRÔNICA DO COTOVELO" — Capitão Dr. Guilherme Hautz.

"DILATAÇÃO AGUDA DO ESTÔMAGO POR HEMORRAGIA ULCEROSA INTRA-GÁSTRICA" — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro Hidronefroze e TUMOR DA FOSSA ILÍACA ESQUERDA — 1º Tenente Dr. José Fadigas de Souza Junior.

PULMONOPITE — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.

AS IDEIAS BÁSICAS SÓBRE O CALOR ANIMAL — 1º Tenente Dr. Talino Botelho.

NECESSIDADES E VANTAGENS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ESTRABISMO — Capitão Dr. Carlos de Paiva Gonçalves.

PETROSITES — Capitão Dr. Otávio Amaral.

EM TÓRNO DA QUESTÃO SEXUAL — Major Dr. Henrique Ferreira Chaves.

DA NATUREZA DOS FENÔMENOS NEURO E PSICOPATOLÓGICOS — Capitão Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.

CORÉIA TRAUMÁTICA — 1º Tenente Dr. Jurandir Manfredini.

SUICÍDIO — Major Dr. Arídio Martins.

TREPONEMOSCOPIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.

A HORMONOTERAPIA NAS AFECÇÕES PROSTÁTICAS — Capitão Dr. A. Calmon de Oliveira e 1º Tenente Dr. João Ellent.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA MARCONITERAPIA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

ALGUMAS NOTAS SÓBRE O DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DO CÂNCER — 2º Tenente farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

NOTAS GERAIS SÓBRE A SECÇÃO DE HIPODERMIA DA FARMÁCIA DO H. C. E. — 1º Tenente farmacêutico, Dr. J. C. do Rêgo Barros e 2º Tenente farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

FORMULÁRIO FARMACÊTICO-MILITAR — 1º Tenente farmacêutico Oscar Tavares Gomes.

EM TÓRNO DE UM CASO DE ANOMALIA DENTÁRIA — Capitão Cirurgião dentista Alberto da Fonseca e Souza.

ESTATISTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO EM 1937
Major Dr. Reinaldo Ramos da Costa.
CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE — Capitão Dr. Ernestino de Oliveira.
CENTRO DE ESTUDOS — Trabalhos de 1937 — Capitão Dr. Ernestino de Oliveira.

ANO IV — 1939

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO NO PERÍODO DE 20-VI-1938 A 20-VI-1939 — Cel. Dr. J. Acylino de Lima.
PLEURISIAS — Capitão Dr. João Gonçalves Taurinho.
O PROGNÓSTICO DOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS PELO HEMOGRAMA — Cap. Dr. Francisco Leitão.
LIGEIRA NOTA SOBRE O PAVILHÃO DE CIRURGIA A SER CONSTRUÍDO NO HOSPITAL CENTRAL — Major Dr. Humberto de Mello.
CAUSALGIA POST-TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Ernestino de Oliveira.
APENDICITE AGUDA COMUM E INFECÇÃO TIFO-PARATÍFICA SIMULTÂNEA — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
O SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, ESTUDA DA NOSSA ESTATÍSTICA DE FRATURAS DO FÊMUR — Cap. Dr. Guilherme Hautz.
DO CARÁTER NA EPILEPSIA — Cap. Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
ASPECTOS MÉDICOS-LEGAIS DA EPILEPSIA — Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
A PROVA DO CARDIAZOL NO DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA — 1º Tenente Dr. Nelson Bandeira de Mello.
A PSIQUIATRIA TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Jurandir Manfredini.
MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS TUMORES HIPOFISÁRIOS — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.
DUAS OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO DE OTO-RINO LARINGOLOGIA (SÍFILIS CEREBRAL SIMULANDO MENINGITE SÉPTICA E ABCESSO DO CEREBRO) — Cap. Dr. Otávio Amaral.
ESBOÇO PARA A PROFILAXIA DA SÍFILIS NO EXÉRCITO — Maj. Dr. Luiz Cesar de Andrade.
GONOCOCCIAS E A MODERNA TERAPÊUTICA PELOS DERIVADOS ORGÂNICOS DO ENXOFRE — Cap. Dr. A. Calmon de Oliveira e 1º Ten. Dr. João Ellentt.
O SERVIÇO MILITAR E A TUBERCULOSE — Major Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira.
LIQUOR — SUA ORIGEM — Cap. Dr. Ismar Tavares Mutel.
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PROTIDIMIA E LIPIDIMIA NOS MEIOS MILITARES — 1º Ten. fco. Gerardo Majella Bijos.

AS ATIVIDADES DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICO DO H. C. E.
O SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS NOVAS INSTALAÇÕES.
CENTRO DE ESTUDOS.
ESTATISTICA MÉDICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO REFERENTE AO ANO DE 1938 — Major. Dr. Euclides Goularte Bueno.

ANO V — 1940

Direção

MAIS UM ANO DE ATIVIDADE DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Coronel Dr. José Acylino de Lima.
Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

METABOLISMO BASAL E GLUTATIONEMIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.
SÍNDROME DE BANTI — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
HEMI-INTERSEXUALIDADE — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.
A PROPÓSITO DAS CONCREÇÕES URINÁRIAS — 1º Tenente Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.
IDÉIAS ATUAIS SOBRE TENSÃO ARTERIAL — 1º Tenente Dr. Aberlado Lobo.
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO DE ÉSTERES DE AMINO-ÁCIDOS — 1º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos.

Clínica Cirúrgica e Uro-proctológica

GENESE E DOUTRINA DA CONCUSSÃO CEREBRAL — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.
ADERÊNCIAS PERITONIAIS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.
EPIDMITES E ARTRITES BLENORRÁGICAS E SEU TRATAMENTO — Capitão Dr. João Ellentt.
FIGADO APENDICULAR — Capitão Dr. Godofredo de Freitas.

Clínica de Doenças Infecto-contagiosas

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS DISENTÉRIAS — Capitão Dr. Francisco Leitão.

Clínica de Oficiais

ABCESSO HEPÁTICO DE ORIGEM DUVIDOSA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

PSEUDO-SINDROME DE CHARCOT Capitão Capitão Dr. Gabriel Duarte

HEMIPARKINSONISMO LUÉTICO DE FORMA APOPLÉTICA — Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.

O EXAME DOS DOENTES MENTAIS NA ENFERMARIA E DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitão Dr. Jurandir Manfredini.

A PROVA DE RETENÇÃO DE ÁGUA NO DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Clínica Oftalmo-otorrino laringológica

BREVES CONSIDERAÇÕES EM TÓRNO DE DOIS CASOS DE OTO-ARTRITES EM LACTENTES — Capitães Drs. Otávio Amaral e Olívio Vieira Filho.

DOIS CASOS DE PERIFLEBITE TUBERCULOSA DA RETINA — Capitão Dr. Paiva Gonçalves.

Medicina Legal

SEGRÊDO MÉDICO — REVELAÇÃO PERMITIDA — Major Dr. Arídio Martins.

Clínica Dermatológica

O FOGO SELVAGEM — Capitão Dr. Santayana de Castro.

Serviço Químico-farmacêutico

SÓBRE O PREPARO DE INJETAVEIS DE GLICOSE — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros.

O PREPARO DE CERTAS TINTURAS — 1º Tenente Farmacêutico Leobaldo Rodrigues de Carvalho.

Notas e Estatísticas

SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H. C. E.

SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

ESTATÍSTICAS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO REFERENTE AO ANO DE 1939 — Capitão Médico Dr. Nelson Bandeira de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitães Dr. Gabriel Duarte e F.R.P. Leivas.

ANO VI — 1941

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — General Dr. José Acyline de Lima.

Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

POLISEROSITE E DISSEMINAÇÃO POLI-VISCERAL TUBERCULOSAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior.

ATELECTASIA PULMONAR — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Juarez Pereira Gomes.

CARCINOMA PRIMITIVO DA CABEÇA DO PANCREAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO E CONCENTRAÇÃO DA SULFANILAMIDA EM MEIOS BIOLÓGICOS — Primeiros Tenentes Farmacêuticos Drs. Olyntho Luna Freire do Pillar e Gerardo Majella Bijos.

A AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO ÁCIDO NICOTINICO E SUA AMIDA NOS MEIOS BIOLÓGICOS — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

Clínicas Cirúrgica e Uro-proctológica

VACINOTERAPIA SEGMENTÁRIA INTRA-ARTERIAL — Capitão Dr. Otávio Salema.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LITIASES RENAIAS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

PERITONITES TUBERCULOSAS — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro
CONSIDERAÇÕES SÓBRE O ESTREITAMENTO DA URETRA — Capitão Dr. João Ellent.

Secção de Radiologia, Electrologia e Fisioterapia

A INCIDÊNCIA DE MAYER NO ESTUDO RADIOLÓGICO DA MASTÓDE — Capitão Dr. Juarez Pereira Gomes.

Clínica de Oficiais

LEPRA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

ASPECTOS ATUAIS DA PATOLOGIA ESPLÊNICA — Capitão Dr. Francisco Corrêa Leitão.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS — ACERCA DAS GAGUEIRAS — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
ANÁLISE FUNCIONAL PSICOPATOLÓGICA — Capitão Dr. Jurandir Manfredini.
CONFUSÃO MENTAL POR INFECÇÃO FOCAL DENTÁRIA — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.
UM ANO DE FUNCIONAMENTO DAS ENFERMIARIAS DE PSIQUIATRIA DE OFICIAIS E SARGENTOS — Primeiro Tenente Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

CASO DE AMBULATÓRIO — Capitão Dr. Otávio Amaral.
SÍNTESE BIOTIPOPOLÓGICA — Capitão Dr. Carlos Paiva Gonçalves.

MEDICINA LEGAL — PRESIDIÁRIOS — PRESÍDIOS — CONSELHO PENITENCIÁRIO E MEMBROS MÉDICOS — Major Dr. Arídio Fernandes Martins.

Notas Estatísticas

O SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO DO H. C. E.
O SERVIÇO ODONTOLÓGICO.
ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, REFERENTE AO ANO DE 1940 — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.
CENTRO DE ESTUDOS.

ANO VII — 1942

Direção

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.
DISCURSO PRONUNCIADO NO DIA 7 DE NOVEMBRO DE 1941 POR OCASIÃO DA POSSE DO CARGO DE DIRETOR DO H. C. E. — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médicos-militares

CONSTITUIÇÃO INDIVIDUAL E RECRUTAMENTO MILITAR — Prof. Rocha Vaz.
CRIAÇÕES BRASILEIRAS NO SERVIÇO DE SAÚDE EM CAMPANHA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

A TUBERCULOSE E A SUA TERAPÊUTICA SANATORIAL ATUAL — Coronel Dr. Ernestino de Oliveira.
POSSÍVEL CONVOCAÇÃO DE INCAPAZES RELATIVOS — Ten. Cel. Dr. Câmara Leal.

Clínica Cirúrgica

CÂNCER PRIMITIVO DO CÓLON — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
EM TÓRNO DO GESSADO OCLUSIVO — 1º Tenente Dr. Breno Cunha.

Clínica Médica

ESTUDO CLÍNICO DO SEIO CAROTIDIANO — Cap. Dr. Francisco Leitão.
REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

Clínica Neuro-psiquiátrica

IDÉIAS GERAIS EM PSIQUIATRIA — Tenente Coronel Dr. Henrique Ferreira Chaves.
ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DOS DISTÚRBIOS DA PALAVRA — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
SURDEZ E MUTISMO HISTÉRICOS APÓS TRAUMATISMO CRANIANO — Capitão Dr. Meneleu Paiva Alves Cunha e Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.
ESTUDOS DOS DELÍRIOS — Capitão Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-otorino-laringológica

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS AOS TRAUMATIZADOS DE FACE — Capitão Dr. Otávio Amaral e Cap. Dr. Olívio Vieira Filho.
ESTUDO CLÍNICO DAS HEMIANOPSIAS HOMÔNIMAS — Capitão Dr. Paiva Gonçalves.

Bioquímica

ANTICOAGULANTE DE APLICAÇÃO GERAL — Capitão Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA NATREMIA NOS MEIOS MILITARES — 1º Ten. Dr. Gerardo Majella Bijos.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA EM 1941 DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Notícias

INAUGURAÇÃO DO RETRATO DO SR. GENERAL DR. ACYLINO DE LIMA NA GALERIA DOS ANTIGOS DIRETORES DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Discurso pronunciado em 16 de abril de 1942 pelo Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — A inauguração de seus trabalhos.

CENTRO DE ESTUDOS DO H. C. E. — Resumo dos trabalhos do ano de 1941.

A MEDICINA MILITAR — Discurso pronunciado pelo Cel. Dr. Florêncio de Abreu por ocasião de sua posse como membro da Academia Nacional de Medicina.

REVISTA MÉDICA BRASILEIRA — Seus números consagrados ao Hospital Central do Exército.

ANO VIII — 1943

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS — Ten. Cel. Dr. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal.

Biologia

NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Clínica Médica

BLOQUEIO DE RAMOS — Cap. Dr. Francisco Leitão.

ÚLCERA DUODENAL — Cap. Dr. Adhemar Bandeira.

Clínica Cirúrgica

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DE GUERRA — Major Dr. Azais de Freitas Duarte.

IDÉIAS MODERNAS EM TRAUMATO-ORTOPEDIA — Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz.

PSICOCIRURGIA — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.

METABOLISMO GASOSO NAS QUEIMADURAS GRAVES — Cap. Dr. Oscar Nicholson Taves.

Clínica Dermato-sífilo-venereológica

FM TÓRNO DA PADRONIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA SIFILIS RECENTE — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.

Clínica oftalmo-otorrino laringológica

FERIDAS DE GUERRA DA LARINGE — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho.

TRECHOS E CONCLUSÕES DE UM RELATÓRIO — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.

Clínica Neuro-psiquiátrica

SÓBRE UM CASO DE PERSONALIDADE PSICOPÁTICA PARANÓICA COM REAÇÃO CARCERÁRIA — Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves e Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

UM CASO DE MIOGENESIA PEITORAL — Cap. Dr. Francisco P.R. Leivas.

A PSIQUIATRIA EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

AGENTES QUÍMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE — Cap. Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pillar.

A ROTINA DO EXAME DO SEDIMENTO URINÁRIO — 1º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

INDOXILÚRIA E INDOXINEMIA — 2º Ten. Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

Farmácia

A SEÇÃO DE PRODUTOS OFICIAIS DO H. C. E. — 1º Ten. Farmacêutico Rubens Antunes Leitão.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1942.

Centro de Estudos

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS.

RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES DO H. C. E.

Noticiário

A POSSE DO CEL. DR. FLORENCIO DE ABREU NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E O QUINQUÊNIO DO ESTADO NACIONAL.
O DIRETOR DO H. C. E. PARANINFA AS VOLUNTARIAS SOCORRISTAS DAS ASSOCIAÇÕES CRISTÃ DE MOÇOS E BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO.
A ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR.
SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO.
SUMÁRIO DOS NÚMEROS ANTERIORES.
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1943.

ANO IX — 1944

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

A SELEÇÃO MENTAL DO COMBATENTE — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Clínica Médica

FORMA HÉPATO-LIENAL DA ESQUITOSOME — Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce.

SÍNDROME ICTÉRICA — Cap. Dr. André de Albuquerque Filho.
DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO POR VÍRUS — Cap. Dr. F. Correia Leitão.

Clínica Cirúrgica

CONTUSÕES DO ABDOME — Cap. Dr. Hermílio Gomes Ferreira.
MENINGIOMAS DA DURA — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.

BASES PARA O EMPREGO DA CINESITERAPIA NAS FRATURAS — 1º Ten. Dr. Walter Santos.

Clínica Dermato-sifilo-venereológica

DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DA SÍFILIS — Major Dr. Álvaro de Souza Jobim.
ÚLCERA FAGEDÊNCIA TROPICAL — Cap. Dr. Luiz Felipe Santayana de Castro.

Clínica Oftalmo-otorrino laringológica

SINUSITE FRONTO ETMOIDAL-CELULITE ORBITARIA — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho.

Clínica Neuro-psiquiátrica

APTIDÃO PARA O SERVIÇO MILITAR E RESPONSABILIDADE PENAL — Cap. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

MÉTODOS DE DOSAMENTO DAS SULFAS E SULFONAS NOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS — 1º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

PROTÍDEOS E CROMOPROTÍDEOS NA URINA — 1º Ten. Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

Farmácia

CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DA EMETINOTERAPIA — Cap. Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1943.

Centro de Estudos

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS.
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES.

Noticiário

NOTA HISTÓRICA.
2º ANIVERSÁRIO DA GESTÃO DO CEL. FLORENCIO DE ABREU.
ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — RELATÓRIO DO SEU PRESIDENTE.
ABERTURA DOS CURSOS DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA.
SUMÁRIOS DOS NÚMEROS ANTERIORES.
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1944.

ANO X — 1945

TRES ANOS DE ADMINISTRAÇÃO — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-Militares

- A MEDICINA MILITAR NO BRASIL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.
REFLEXÕES SOBRE O AMPARO AO SOLDADO ACIDENTADO — Tenente Coronel Dr. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal.
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDADES — Major Dr. Azais de Freitas Duarte.
O ENSINO MÉDICO-MILITAR NO BRASIL — Capitão Dr. Francisco C. Leitão.

Clínica Médica

- CÂNCER NODULAR PRIMITIVO DO FÍGADO — Capitão Dr. André de Albuquerque Filho.
UM CASO DE BLOQUEIO SINO-AURICULAR — Capitão Dr. Francisco C. Leitão.

Clínica Cirúrgica e Uro-Proctológica

- PERIURETRITES — Capitão Dr. João Ellenst.
CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VEREOLÓGICA

- A SÍFILIS E O APARELHO CARDIO-VASCULAR — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.

Clínica Oftalmic-Otorrino Laringológica

- PEDRAS SEMI-PRECIOSAS — Capitão Dr. Paulo Veloso.
FATURA DO TEMPORAL DIREITO — PARALISIA FACIAL — COMOÇÃO DA CÍCULA — Capitão Dr. Olívio Vieira Filho

Clínica Neuro-Psiquiátrica

- SÓBRE UM CASO DE AFASIA TOTAL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.
SÍNDROME DE BROWN-SEQUARD TRAUMÁTICA — Major Dr. F. P. Rodrigues Leivas e Segundo Tenente da Reserva Convocado Dr. Almir Guimarães.

Laboratório

- ÍNDICE BIOQUÍMICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL — Major Farmacêutico Dr. Saturnino de Oliveira Filho.

- FROVAS FUNCIONAIS DO FÍGADO — 1. Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos.
FIOQUÍMICA DOS PEPTÍDEOS — 1º Ten. Farm. Paulo da Mota Lira.

Farmácia

- FMULSO-CAPSULA — Cap. Farm. Olyntho Luna Freire do Pillar

ESTATÍSTICA.

NOTICIÁRIO.

Academia Brasileira de Medicina Militar

- A CASA DO VELHO MILITAR — Cel. Dr. Florêncio de Abreu
RELATÓRIO DO ANO SOCIAL 1943-1944.
ATIVIDADES DA ACADEMIA — 1º Ten. Farm. Gerardo Majella Bijos.

ATAS:

SUMÁRIOS DOS "ANAIIS" ANTERIORES.

QUADRO DO PESSOAL DO H.C.E. EM MARÇO DE 1945.

ANO XI — 1967 — nº 11

HOMENAGENS.

- DIREÇÃO DO HCE — Cel. Méd. Dr. Galeno da Penha Franco.
HCE — 1966/67 — MELHORAMENTOS EFETUADOS.
NOSSA EXPERIÊNCIA COM UM DERIVADO IMINOSTELBERICO NAS MANIFESTAÇÕES CRÍTICAS E INTERCRÍTICAS DAS ALTERAÇÕES DO LOBO TEMPORAL — Dr. J. L. Campinho Pereira, Maj. Méd. do Exército.
PSICOTERAPIA PROFUNDA E LIBERDADE — Dr. J. L. Campinho Pereira, Maj. Méd. do Exército.
OBSERVAÇÃO CLÍNICA COM UM NÓVO ANTITUSSÍGENO EM PEDIATRIA — Dr. Humberto Oswaldo Maciel Nobre — Cap. Méd. do Exército.
PÉ TORTO VARO EQUÍNO SUPINADO CONGENITO — Dr. Luiz Soares de Alencar, Maj. Méd. do Exército.
ALIMENTAÇÃO NAS FORÇAS ARMADAS — Dr. Galeno da Penha Franco, Cel. Méd. do Exército.

COMENTÁRIOS ELETROCARDIOGRÁFICOS SOBRE UM INFARTO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM — Dr. Nilson Nogueira da Silva, Cel. Méd. do Exército.
 SOBRE O RISCO RADIO VASCULAR EM CIRURGIA E OBSTETRÍCIA — Dr. Nilson Nogueira da Silva, Cel. Méd. do Exército.
 NEUROSIS DE CONVERSION — Dr. Ricardo Freire Riveros.
 SERVIÇO DE DOENÇAS VASCULARES — Dr. Antônio Joaquim Monteiro da Silva.
 REAPARELHAMENTO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO DO HCE — Ten. Cel. Art. Sebastião de Assis Silva e Cap. Rangel de Oliveira.
 ESTÁGIO DE OFICIAL MÉDICO EQUATORIANO.
 ESTATÍSTICA NO HCE -- RELATÓRIO SUCINTO DO PERÍODO 1/12/66 a 31/7/67.
 NOTICIÁRIO.
 DIVERSOS — HOMENAGEM DO HCE AO DIA DO SOLDADO.
 65º ANIVERSÁRIO DE INSTALAÇÃO DO HCE.
 CENTRO DE ESTUDOS DO HCE.
 SESSÕES.
 ATAS.
 SUMÁRIO DAS PUBLICAÇÕES FEITAS NOS ANAIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO.
 PESSOAL EM FUNÇÃO NO HCE.

ANAIS DO HCE SEQUÊNCIA

1936 — Nº 1	1944 — Nº 8
1937 1938 — Nº 2	1945 — Nº 9
1939 — Nº 3	1946 — Nº 10
1940 — Nº 4	1967 — Nº 11
1941 — Nº 5	1968 — Nº 12
1942 — Nº 6	1969 — Nº 13
1943 — Nº 7	

QUADRO DO PESSOAL DO HCE EM 22/3/69

1 — Diretoria:

Diretor: Gen. Bda. Méd. Dr. GALENO DA PENHA FRANCO; de 30-11-67 a 30-11-68.
 Subdiretor Administrativo: Cel. Méd. Dr. NILSON NOGUEIRA DA SILVA; de 30-11-67 a 30-11-68.
 Subdiretor Técnico: Cel. Méd. Dr. LUIZ ANTONINO DUTRA NEVES; de 30-11-67 a 5-2-68.
 Cel. Méd. Dr. PAULO CARVALHO; de 6-2-68 a 30-11-68

2 — Pavilhões

Chefia do 1.º Pavilhão: Maj. Méd. Dr. JOSÉ RABINOWITS; de 30-11-67 a 18-10-68.
 Maj. Méd. Dr. DAVID LUIGI FARINI; de 19-10-68 a 30-11-68.
 Chefia do 2.º Pavilhão: Ten. Cel. Méd. Dr. JOSÉ ELIAS MONTEIRO LOPES; de 30-11-67 a 30-11-68.
 Chefia do 3.º Pavilhão (PCPC): Cel. Méd. Dr. PAULO CARVALHO; de 30-11-67 a 6-3-68.
 Ten. Cel. Méd. Dr. GASTÃO DE CARVALHO SOUZA; de 6-2-68 a 20-4-68.
 Ten. Cel. Méd. Dr. RUBEM TAVARES; de 20-4-68 a 30-11-68.
 Chefia do 4.º Pavilhão: Maj. Méd. Dr. FLORIANO ESCOBAR FILHO; de 30-11-67 a 29-1-68.
 Ten. Cel. Méd. Dr. BERGSON MACIEL PINHEIRO; de 29-1-68 a 30-11-68.
 Chefia do 6.º Pavilhão (PO): Ten. Cel. Méd. Dr. LUCIO LO GONDIM; de 30-11-67 a 30-11-68.
 Chefia do 7.º Pavilhão: Cel. Méd. Dr. JOSÉ MILTON DE AGUIAR; de 30-11-67 a 6-7-68.
 Cel. Méd. Dr. ÁLVARO DOS SANTOS PEREIRA; de 6-7-68 a 30-11-68.
 Chefia do 8.º Pavilhão (PMFA): Cel. Méd. Dr. FERNANDO GARRIGA DE MENEZES; de 30-11-67 a 30-11-68.
 Chefia do 9.º Pavilhão (PNP): Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO; de 30-11-67 a 9-9-68 e de 11-11-68 a 30-11-68.
 Maj. Méd. Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA; de 9-9-68 a 11-11-68.
 Chefia do 11.º Pavilhão (PI): Ten. Cel. Méd. Dr. AYRTON CAMINHA GONÇALVES; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Pavilhão "Marechal Henrique Lott": Ten. Cel. Méd. Dr. DORIVAL LESSA DE CARVALHO; de 30-11-67 a 30-11-68

3 — Serviços:

Chefia do Serviço de Traumatologia e Ortopedia: Cel. Méd. Dr. PAULO CARVALHO; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Serviço Radiológico: Ten. Cel. Méd. Dr. RENATO DA SILVA SANTOS; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Serviço de Obstetrícia e Maternidade: Ten. Cel. Méd. Dr. RUY DA COSTA FREITAS; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do SAGTS: Ten. Cel. Méd. Dr. AUGUSTO DOS SANTOS LIMA; de 30-11-67 a 1-7-68.

Ten. Cel. Méd. Dr. DARCY GUIMARAES; de 1-7-68 a 30-11-68.

Chefia do Serviço de Fisioterapia: Cap. Méd. Dr. ALFREDO CARLOS BELLO LISBOA; de 30-11-67 a 30-3-68.

Maj. Méd. Dr. IVANIR MARTINS DE MELLO; de 30-3-68 a 30-11-68.

Chefia do Serviço de Cardiologia: Maj. Méd. Dr. AMÉRICO SOVERCHI MOURÃO; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Serviço Médico Legal: Maj. Méd. Dr. OSWALDO CAYMMI FERREIRA; de 30-11-67 a 3-4-68.

Cap. Méd. Dr. ARILDO DA SILVA; de 3-4-68 a 30-11-68

Chefia do Serviço de Neuro-Cirurgia do PMHL: Cap. Méd. Dr. GUILHERME ACHILLES DE FARIA MELLO; de 30-11-67 a 21-10-68.

Maj. Méd. Dr. IVO FRANCO BITTENCOURT; de 21-10-68 a 30-11-68.

Chefia do Serviço de Cirurgia Torácica: Maj. Méd. Dr. IVO FRANCO BITTENCOURT; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Serviço de Anatomia e Patologia: Cap. Méd. Dr. ARILDO DA SILVA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Arsenal Cirúrgico: Maj. Méd. Dr. ANTONIO TUNES DE MOURA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do LAC: Ten. Cel. Farm. JOSEPH DE ALMEIDA REIS; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Serviço Odontológico: Ten. Cel. Dent. ROBERTO BATISTA DA SILVA; de 30-11-67 a 30-11-68.

4 — Clínicas:

Chefia da Clínica Cirúrgica do HCE: Cel. Méd. Dr. FERNANDO GARRIGA DE MENEZES; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Clínica Cirúrgica do PCPC: Ten. Cel. Méd. Dr. GASTÃO DE CARVALHO SOUZA; de 30-11-67 a 9-9-68.

Chefia da Clínica Especializada (oftalmo-otorinolaringologia): Cel. Méd. Dr. JOSÉ MILTON DE AGUIAR; de 30-11-67 a 6-7-68.

Cel. Méd. Dr. ÁLVARO DOS SANTOS PEREIRA; de 6-7-68 a 30-11-68

Chefia da Clínica Médica do HCE: Cel. Méd. Dr. MAURÍCIO IGNÁCIO MARCONDES DE SOUZA BANDEIRA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Pediátrica: Cel. Méd. Dr. SILÊNIO BARBOSA SOARES; de 30-11-67 a 4-9-68.

Maj. Méd. Dr. IVANIR MARTINS DE MELLO; de 4-9-68 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Urológica: Cap. Méd. Dr. RAMEZ FELIX NIMER; de 30-11-67 a 19-6-68.

Cap. Méd. Dr. JÓRIO DE MATTOS MOREIRA; de 19-11-67 a 30-11-68

Chefia da Clínica Protológica: Cap. Méd. Dr. JÓRIO DE MATTOS MOREIRA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Oftalmológica: Cel. Méd. Dr. JOSÉ MILTON DE AGUIAR; de 30-11-67 a 6-6-68

Cap. Méd. Dr. JOÃO CRISÓSTOMO DE ANDRADE; de 7-6-68 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Otorrinolaringológica; Cel. Méd. Dr. ÁLVARO DOS SANTOS PEREIRA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Cirúrgica do PMFA: Ten. Cel. Méd. Dr. ANTONIO FERNANDES LOMBA; de 30-11-67 a 11-7-68.

Maj. Méd. Dr. ANTONIO TUNES DE MOURA; de 11-7-68 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Médica do PCPC: Ten. Cel. Méd. Dr. RUBEM TAVARES; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Clínica Neurológica do HCE: Maj. Méd. Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO GUIMARAES; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Clínica Cirúrgica Plástica e Reconstructora-
Unidade de Queimados: Ten. Cel. Méd. Dr. BERGSON MACIEL PINHEIRO; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Clínica Psiquiátrica: Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR POGGI DE FIGUEIREDO FILHO; de 30-11-67 a 3-9-68 e de 2-11-68 a 30-11-68.

Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA; 3-9-68 a 2-11-68

Chefia da Clínica Ginecológica do HCE: Ten. Cel. Méd. Dr. ANTONIO FERNANDES LOMBA; de 30-11-67 a 12-7-68

Chefia da Clínica Ortopédica do HCE: Maj. Méd. Dr. MÁRIO CARVALHO DE OLIVEIRA; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Clínica Cirúrgica Traumobuco Facial: Maj. Dent. LUIZ CARLOS HYPOLITO DA SILVA; de 30-11-67 a 30-11-68.

5 — Gabinetes:

Chefia do Gabinete Odontológico do PI: Cap. Dent. ARIEL COELHO DE SOUZA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia do Gabinete Odontológico do SNP.: Maj. Dent. EYDER SIMONETTI; de 30-11-67 a 30-11-68

6 — Enfermarias:

Chefia da 1.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. NIELSEN LAURIA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da 2.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. JOSÉ RABINOWITS; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da 3.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. JOSÉ RABINOWITS; de 30-11-67 a 18-1-68.

Maj. Méd. Dr. DAVID LUIGI FARINI; de 18-10-68 a 30-11-68

Chefia da 4.^a Enfermaria: Cap. Méd. Dr. QUIRINO PEREIRA NETTO; de 30-11-67 a 13-9-68.

Cap. Méd. Dr. HARGREAVES FIGUEIREDO ROCHA; de 13-9-68 a 30-11-68.

Chefia da 5.^a Enfermaria: Cap. Méd. Dr. NEWTON PEREIRA MATTOS; de 30-11-67 a 15-6-68.

Cap. Méd. Dr. QUIRINO PEREIRA NETTO; de 15-6-68 a 13-9-68.

Cap. Méd. Dr. HARGREAVES FIGUEIREDO ROCHA; de 13-9-68 a 30-11-68

Chefia da 6.^a Enfermaria: Ten. Cel. Méd. Dr. JOSÉ ELIAS MONTEIRO LOPES; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da 7.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. SEBASTIÃO DE SOUZA MONJARDIM;; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da 8.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. LUIZ SOARES DE ALENCAR; de 30-11-67 a 30-3-68.

Maj. Méd. Dr. MÁRIO CARVALHO DE OLIVEIRA, de 30-3-68 a 18-7-68.

Maj. Méd. Dr. ALEXANDRE ANDRÉ DUARTE; de 18-7-68 a 30-11-68.

Chefia da 10.^a Enfermaria: Cap. Méd. Dr. CÉLIO DE CARVALHO BASTOS; de 30-11-67 a 2-5-68.

Maj. Méd. Dr. ALFREDO RODRIGUES DA ROCHA; de 2-5-68 a 30-11-68.

Chefia da 11.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. FLORIANO ESCOBAR FILHO; de 30-11-67 a 23-7-68.

Cel. Méd. Dr. PAULO CARVALHO; de 23-7-68 a 30-11-68. O; de 30-11-67 a 3-5-68.

Chefia da 13.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. ENIO FABIA-
Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA; de 3-5-68 a 30-11-68.

Chefia da 15.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. ALEXANDRE ANDRÉ DUARTE; de 30-11-67 a 30-3-68.

Maj. Méd. Dr. LUIZ SOARES DE ALENCAR; de 30-3-68 a 30-11-68

Chefia da 16.^a Enfermaria: Cap. Méd. Dr. JOÃO CRISÓSTOMO DE ANDRADE; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da 17.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. ANTONIO DE QUEIROZ FIGUEIREDO; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da 20.^a Enfermaria: Ten. Méd. Dr. AYRTON CAMINHA GONÇALVES; de 30-11-67 a 26-4-68.

Cap. Méd. Dr. LINDENBERG DIAS DE CARVALHO; de 26-4-68 a 30-11-68.

Chefia da 21.^a Enfermaria: Maj. Méd. Dr. ANTONIO MARQUES; de 30-11-67 a 26-4-68.

Ten. Cel. Méd. Dr. AYRTON CAMINHA GONÇALVES; de 26-4-68 a 30-11-68

Chefia da 22.^a Enfermaria: Cap. Méd. Dr. LINDEBERG DIAS DE CARVALHO; de 30-11-67 a 26-4-68.

Maj. Méd. Dr. ANTONIO MARQUES; de 26-4-68 a 30-11-68

Chefia da Enfermaria "A" do SNP: Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Enfermaria "B" do SNP: Cap. Méd. Dr. ANTONIO FERREIRA DUARTE FILHO; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Enfermaria "C" do SNP: Cap. Méd. Dr. JOSÉ AREAL; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia das Enfermarias "D" e "H" do SNP: Maj. Méd. Aer. Dr. LUIZ FERNANDO FERREIRA STURDART; de 30-11-67 a 30-11-68.

Chefia da Enfermaria "E" do SNP: Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA de 30-11-67 a 8-5-68

2.^o Ten. Méd. Dr. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE de 8-5-68 a 30-11-68.

Chefia da Enfermaria "F" do SNP: Maj. Dr. ENIO FABIANO; de 30-11-67 a 30-11-68

Chefia da Enfermaria "G" do SNP: Cap. Méd. Dr. JOSÉ AREAL; de 30-11-67 a 8-5-68

2.^o Ten. Méd. Dr. LUIZ LERNER; de 8-5-68 a 30-11-68

Chefia das Enfermarias "I" e "J" do SNP: Maj. Méd. Dr.

JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA; de 30-11-67 a 8-5-68.
2.º Ten. Méd. Dr. PAULO RICARDO CANTALICE LIPKE;
de 8-5-68 a 30-11-68.

7 — Seções Técnicas:

Chefia da Seção de Eletroencefalografia: Maj. Méd. Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA; de 30-11-67 a 30-11-68
Chefia da Seção de Terapêutica Ocupacional: Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA de 30-11-67 a 30-11-68
Chefia do Serviço Farmacotécnico: Cap. Farm. JOÃO CONCEIÇÃO FILHO; de 30-11-67 a 2-9-68.
Chefia do Serviço Farmacêutico: Cel. Farm. ANTONIO LUIZ PEIXOTO GUIMARÃES; de 30-11-67 a 14-10-68.
Cel. Farm. GIL PEIXOTO; de 14-10-68 a 30-11-68
Chefia da Farmácia: Maj. Farm. MANOEL JAYME DIAS; de 30-11-67 a 30-11-68
Méd. Dr. JORGE COELHO DE SÁ; de 30-11-67 a 30-11-68.
Chefia da Seção de Quimioterapia e Hematologia: Cap. Méd. Dr. JORGE COELHO DE SÁ; de 30-11-67 a 30-11-68.
Chefia do Depósito Farmacêutico: Cap. Farm. JOÃO CONCEIÇÃO FILHO, de 30-11-66 a 30-11-67.

8 — Auxiliares dos Serviços e das Clínicas

Auxiliares da Clínica Cirúrgica: Cap. Méd. Dr. GALILEU ROMANO DE ASSIS; de 30-11-67 a 19-6-68
Cap. Méd. Dr. JOSÉ AMADO; de 30-11-67 a 30-11-68.
Auxiliares da Clínica Médica: Cap. Méd. Dr. HARGREAVES FIGUEIREDO ROCHA; de 30-11-67 a 30-11-68.
Cap. Méd. Dr. MAURY MACHADO DIAS; de 30-11-67 a 19-6-68.
Auxiliares da Clínica Pediátrica: Cap. Méd. Dr. HUGO BAPTISTA PELLEGRINI; de 30-11-67 a 30-11-68
Auxiliares do SAGTS: Ten. Cel. Méd. Dr. DARCY GUIMARÃES; de 30-11-67 a 1-7-68.
Maj. Méd. Dr. OSWALDO CAYMMI FERREIRA; de 30-11-67 a 30-11-68.
Cap. Méd. Dr. ADALBERTO MENEZES DA COSTA; de 30-11-67 a 30-11-68.
Auxiliares do Serviço Radiológico: Maj. Méd. Dr. BARTHOLOMEU JORGE BURLAMAQUI; de 30-11-67 a 21-10-68
Cap. Méd. Dr. AUBER GOOD LIMA; de 30-11-67 a 30-11-68
30-11-67 a 30-11-68
Auxiliares do Serviço de Obstetria: Maj. Méd. Dr. OSWALDO VALENTE DE ALMEIDA E SILVA; de 30-11-67 a 30-11-68

Cap. Méd. Dr. DIONIZIO OCTACÍLIO DE SOUZA; de 30-11-67 a 3-11-68.

Cap. Méd. Dr. JOSÉ DE SOUZA; de 30-11-67 a 30-11-68.

Cap. Méd. Dr. PAULO VIEIRA CAVALCANTE; de 30-11-67 a 30-11-68

Cap. Méd. Dr. XENÓCRATES MIRANDA CALMON DE AGUIAR; de 30-11-67 a 30-11-68.

Cap. Méd. Dr. WLADIMIR D'AVILLA BITTENCOURT; de 30-11-67 a 30-11-68

Auxiliares da Clínica Neurológica: Cap. Méd. Dr. ANTONIO FERREIRA DUARTE FILHO; de 30-11-67 a 30-11-68.

2.º Ten. Méd. Conv. Dr. LUIZ LERNER; de 30-11-67 a 30-11-68.

Auxiliares do LAC: Maj. Farm. MAURICIO DUARTE SOARES; de 30-11-67 a 30-11-68

1.º Ten. Farm. BELIZÁRIO JOSÉ GALHARDO DE CASTRO; de 30-11-67 a 30-11-68.

Auxiliar do Serviço Farmacêutico: 1.º Ten. Farm. FRANCISCO NUNES FERNANDES; de 30-11-67 a 30-11-68.

Auxiliares do Serviço Odontológico: Ten. Cel. Dent. ALFREDO FERRANTE; de 30-11-67 a 30-11-68

Maj. Dent. ARY FERNANDES; de 30-11-67 a 30-11-68.

Maj. Dent. CEZÁRIO VIEIRA MACHADO; de 30-11-67 a 30-11-68

Maj. Dent. LUIZ CARLOS HYPOLITO DA SILVA

Cap. Dent. JOSÉ ANTONIO GOMES DA COSTA; de 30-11-67 a 30-11-68

Cap. Dent. JOSÉ PEREIRA MATTOS; de 30-11-67 a 30-11-68

Cap. Dent. BELICIO KLEIN; de 25-3-68 a 30-11-68

9 — Seções Ligadas à Administração

Seção Administrativa: Ten. Cel. Art. SEBASTIÃO DE ASSIS SILVA; de 30-11-67 a 6-3-68

Ten. Cel. Inf. AMAURY DE SIQUEIRA MELLO; de 6-3-68 a 30-11-68.

Tesouraria: Cap. Ie. WALTER GALVÃO DA CUNHA; de 4-4-67 a 30-11-68

Aprovisionador: Cap. Ie. PAULO ROBERTO QUEIROZ BONFIM; de 30-11-67 a 30-11-68.

Almoxarife: Cap. Ie. PAULO ROBERTO QUEIROZ BONFIM; de 30-11-67 a 13-3-68.

Cap. Ie. ALOYSIO DE AZEREDO COUTINHO; de 13-3-68 a 30-11-68

Secretaria: Cap. QOE. ANTONIO ZACARIAS VIANNA; de 30-11-67 a 30-11-68

Ajudância: Cap. QOE. ARILDO HEMERLY; de 30-11-67 a 30-11-68

Continente: Cap. QOE. HERMOGÊNIO FELIX DE MO-

Contingente: Cap. QOE. HERMOGÊNIO FELIX DE MO-
RAES; de 30-11-67 a 30-11-68

Oficinas: Cap. QOE. RANGEL DE OLIVEIRA 30-11-67 a 30-11-68

Serviço de Viaturas: Cap. QOE. Manut. ANÉZIO MAR-
QUES; de 30-11-67 a 30-11-68

Centro de Estudos: Cap. Dent. ARIEL COELHO DE SOU-
ZA; de 30-11-67 a 2-4-68

Maj. Méd. Dr. TONG RAMOS VIANNA; 2-4-68 a 30-11-68

Biblioteca: Cap. Dent. JOSÉ ANTONIO GOMES DA
COSTA; de 3-11-67 a 30-11-68.

Centro Social: Cap. Dent. JOSÉ PEREIRA MATTOS; de 30-11-67 a 30-11-68.

Serviço de Triagem: Cap. QOE. JOSÉ CARMELO MOTTA; de 30-11-67 a 11-1-68.

2.º Ten. QOE. EUCLIDES SOARES DA SILVA; de 11-1-68 a 30-11-68

Lavanderia: 1.º Ten. QOA JOSÉ OLAORD E BRITTO; de 30-11-67 a 18-5-68

Cap. QOA FERNANDO MARTINS; de 10-9-68 a 30-11-68

Enfermeiro Chefe: Sub. Ten. EUCLIDES SOARES DA
SILVA; de 30-11-67 a 11-1-68

1.º Ten. QOE JAIR LOPES DO AMARAL; de 11-1-68 a 30-11-68.

Estatística: 1.º Ten. QOA. RAIMUNDO VIANA TEIXEIRA; de 30-11-67 a 30-11-68

10 — Médicos Civis Contratados:

Méd. Dr. SEBASTIÃO MOREIRA BARBOSA, Quimio-
rapêuta; 1-7-67

Méd. Dr. RUBENS PEDRO MACUCO JANINI; Legista; 1-7-67

Méd. Dr. JUVENAL DIAS DOS SANTOS; Neuro-psiquia-
tria; 1-7-67

Méd. Dr. IDEAL PEREZ; Reumatologista; 1-7-67

Méd. Dr. ANTONIO JOAQUIM MONTEIRO DA SILVA:
Cirurgião vascular; 1-7-67

Méd. Dr. NEWTON GUIMARÃES DE SOUZA — Cirurgia
nervosa; 1-7-67

Méd. Dra. EDNA RANGEL — Ginecologista 1-7-67

11 — Oficiais Convocados:

2.º Ten. R/2 Estag. Méd. Dr. LUIZ LERNER; 29-5-67

2.º Ten. R/2 Estag. Méd. Dr. PAULO RICARDO CANTA-
LICE LIPKE; 17-4-68

Observações:

PCPC — Pavilhão Canrobert Pereira da Costa

PO — Pavilhão de Oficiais

PMFA — Pavilhão Marechal FERREIRA DO AMARAL

PMHL — Pavilhão Marechal Henrique Lott

PCHM — Pavilhão de Cirurgia Humberto de Mello

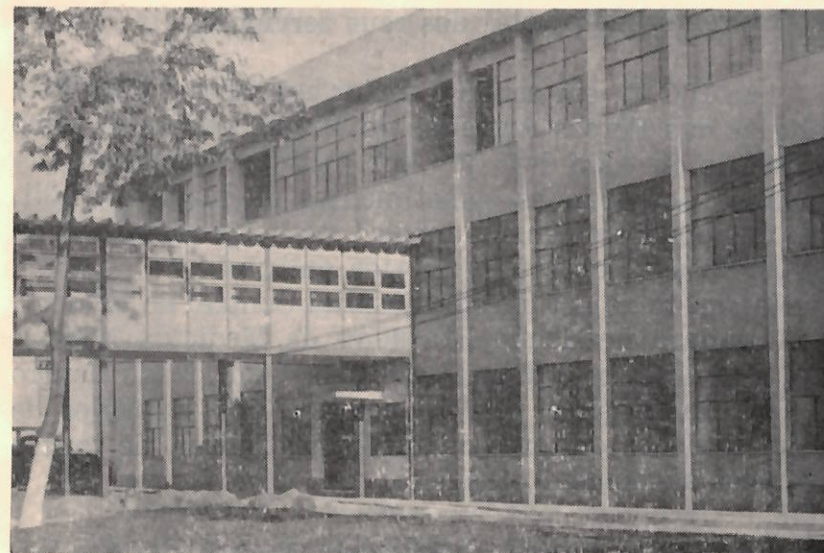
PI — Pavilhão de Isolamento

SNP — Serviço de Neurologia e Psiquiatria

SAGTS — Serviço de Anestesia e Gasoterapia e Transfusão
de Sangue

LAC — Laboratório de Análises Clínicas

EGCF — Estabelecimento General Cordeiro de Faria



Pavilhão de Cirurgia Cel. Humberto de Melo para praças e familiares

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO NA VIDA NACIONAL

A continuidade de publicação dos "Anais do HCE" impunha-se para que na biobibliografia médica do país ficasse, permanentemente, registado o labor profícuo dos que nêle labutam pelo bem estar de todos os que vivem pela Pátria, nas lides do Exército.

A vida médica militar brasileira teve início, pode ser afirmado, com José de Anchieta, na assistência a soldados e marinheiros e continúa, até os dias de hoje a ser, sem dúvida, realizada com abnegação, renúncia e desprendimento total dos seus servidores.

Ao H.C.E., em sendo o maior estabelecimento hospitalar das Fôrças Armadas do Brasil, portanto, como corolário de tudo deve ser, por justiça, atribuída a sequência dos grandes cometimentos da medicina militar englobados no ensino médico, na hospitalização e na assistência e, sobretudo, na vida cultural.

No Centro de Estudos do Hospital Central do Exército foi criada a Academia Brasileira de Medicina Militar, em 8-12-1941, que durante 28 anos tem levado dentro e fora do Brasil a palavra acurada dos trabalhos de alto nível dos cultores da medicina militar, de tantos serviços ao homem brasileiro.

Os "Anais do H.C.E." constituem repositório das benesses de uma equipe inteiramente devotada ao minorar do sofrimento humano e ao progresso crescente da arte de curar.