
AMBULATÓRIO DE HOSPITAL DE CÂNCER

Antonio Octaviano de Almeida (*)

J. Amilcar Salgado (**)

INTRODUÇÃO

O interesse pelo controle do câncer justifica-se por motivos éticos, de solidariedade humana, e, também, por motivos econômicos.

O diagnóstico precoce permite tratamentos mais rápidos, de menor custo e curas mais frequentes. Com isto, reincorpora-se, à economia, mão-de-obra, especializada ou não, de alto interesse para o país; devolvem-se aos lares as mulheres, que, especialmente nas chamadas classes trabalhadoras, são indispensáveis à estrutura familiar.

O diagnóstico tardio, ao contrário, obriga a tratamentos dispendiosos, durante longo tempo, às vezes anos a fio, bem como ao uso de equipamentos estrangeiros, de difícil obtenção; e o número de curas é pequeno.

A percentagem de curas varia com o tipo de câncer, sua localização e precocidade do diagnóstico. Em um hipotético grupo homogêneo de casos pode-se prever, digamos, 50% de curas; mas não será possível apontar de antemão quais, exatamente, os casos que serão curados, apesar de cuidados terapêuticos completos. Assinalemos ainda, que o fato de mantermos os casos internados durante todo o tempo do trata-

mento, não melhora, por si só, as percentagens de cura.

O doente pobre, previdenciário ou não, que se dirige a um hospital, poderá ser encaminhado a enfermarias ou quartos coletivos, para internação, ou poderá ser tratado em ambulatório. A internação não é necessária para todos os casos e nem, em cada caso, para todo o período da doença. Mas nem os médicos, nem os pacientes preferem o tratamento em ambulatório. Para o doente e sua família, a internação gratuita, ou através de cobertura previdenciária, representa economia de gastos e alívio de encargos. Para os médicos, representa a comodidade de ter o paciente sempre à disposição para exames, estudos e revisão de diagnóstico, sem necessidade de definição pronta quanto ao prognóstico.

O crescente custo do tratamento médico, em termos de medicamentos disponíveis, sofisticação de aparelhagem e demanda de enfermagem, vem dificultando cada vez mais a internação de grande número de pacientes. A expansão dos grupos cobertos pela atenção médica da previdência social, força a uma revisão das normas no sentido

(*) Professor da Faculdade de Medicina da U.F. Minas Gerais (Disciplina de Oncologia, pós-graduação em cirurgia).

(**) Professor Assistente da Faculdade de Medicina da U.F. de Minas Gerais — Departamento de Clínica Médica.

de, sem prejuízo da eficiência do atendimento, barateá-lo, a fim de torná-lo extensivo a todos. Donde a prioridade do tratamento em ambulatório. Observam-se em nossos hospitais, muitos pacientes crônicos internados, em tratamento paliativo, enquanto grande número de doentes aguarda ansiosamente uma internação, de que só poucos poderão beneficiar-se.

Essa situação requer solução a curto prazo, a qual é da maior urgência no caso de câncer. Para isso o ambulatório terá de ser implantado ou melhorado, tornando-se uma estrutura administrativa e científica capaz de prover um bom padrão de atendimento médico, no que diz respeito à rapidez de ação e à qualidade dos serviços profissionais prestados. Deverá, entre outras funções, propiciar amparo psicológico, orientar sobre regras de higiene e profilaxia, preparar o paciente para a cirurgia, assegurando-lhe a internação no momento oportuno. Deverá, ainda, acompanhar a evolução de cada caso e providenciar o tratamento complementar dos que tiverem alta das enfermarias.

Disso decorre o crescente prestígio do ambulatório (2,4,10,12,19,22,23,25), e sua procura, por parte dos pacientes, tem aumentado extraordinariamente (20). Apesar disso, em certas áreas em nosso meio, é displicentemente tratado (14,16).

Como unidade que se destina ao diagnóstico e tratamento do paciente externo (3,8,24), o ambulatório adquire grande importância no tratamento do caso avançado, sem esperança de cura, que se costuma identificar pelas iniciais F.P.T. (fora de possibilidade terapêutica). O tratamento de tais casos costuma prolongar-se por vários anos, o que, por questões de ética e de interesse social, obriga ainda a amparo à família e ao doente.

A prática adquirida em hospital destinado a tratamento de câncer, em exercício de

funções administrativas, além da prática médica diária, mostrou-nos a necessidade urgente de melhor definição dos encargos, funções e metas do ambulatório de câncer. É indispensável que seja estruturado em bases realistas e modernas e que as unidades de internação sejam reservadas a apenas parte, e não, a quase todo o tratamento, como até agora tem sido feito com freqüência. Em outras palavras, não há recursos provindos do Governo ou de outras fontes, suficientes para custear a internação de tantos doentes, durante longo tempo. A conseqüência, como se sabe, é que a tentativa de tratar todos os casos em regime de internação permite apenas a internação de poucos, isto é, a minoria recebe tratamento e os que não se internam ficam aguardando um tratamento que não receberão jamais, desesperando-se e tornando-se incuráveis nas filas de espera.

Os recursos colocados à disposição do controle de câncer em todo o País, pelo Governo Federal, são maiores do que em qualquer outra ocasião, mas são evidentemente finitos. Devem ser gastos de modo a renderem o máximo em termos de eficiência de serviços e de saúde para a população.

Os ambulatórios dos serviços previdenciários, dos hospitais públicos e dos hospitais filantrópicos devem se equivaler, sob o ponto de vista de fluxo de trabalho médico, ao consultório particular; as condições e requisitos são superponíveis.

Nosso estudo versará sobre:

a) estrutura administrativa e científica do ambulatório especializado em câncer; **b)** fluxo de doentes e mecânica de funcionamento; **c)** terá em vista os parâmetros nacionais, ainda iniciais e incompletos, como os referentes à incidência de casos, casuística, tempo médio de permanência e taxa de ocupação.

Por hipótese, o estudo se baseará no funcionamento de um hospital destinado

especialmente ao câncer, cujo ambulatório tenciona-se melhorar para capacitá-lo a trabalho médico de bom padrão. O hospital e o ambulatório atenderão a todos os tipos de câncer, inclusive os do sistema nervoso, sistema endócrino, olhos, etc.

Obedeceremos à seguinte ordem de exposição:

- A.** Premissas, em que serão estipulados os parâmetros básicos de funcionamento hospitalar e ambulatorial.
- B.** Principais aperfeiçoamentos a serem incluídos no ambulatório de câncer.
- C.** Funções do ambulatório de câncer, tanto as de responsabilidade direta como indireta.
- D.** Dependências especiais do ambulatório de câncer.

Como se vê o estudo não é abrangente, pois não tivemos a intenção de abordar todos os tópicos de interesse em um ambulatório de câncer. No decorrer da exposição procuramos focalizar apenas os pontos críticos para a dinamização do atendimento oncológico externo.

A. PREMISSAS

Figuraremos um hospital especializado em câncer com 100 leitos. O número 100 facilita, pelo arredondamento da cifra, o entendimento. Esse hospital internará casos de câncer, para tratamento cirúrgico, clínico, radioterápico, quimioterápico e imunoterápico. A matrícula, exames clínicos e de laboratório, e o encaminhamento dos pacientes para tratamento serão providenciados pelo ambulatório.

A entidade que serve de base a nosso estudo é um hospital de câncer tipo 1⁽²¹⁾.

A partir do número de leitos do hospital de câncer, tentaremos definir parâmetros de funcionamento do ambulatório. A média de permanência dos pacientes de câncer será suposta em 35 dias. Lembremos, a pro-

pósito, que a média de permanência é calculada dividindo-se o número de pacientes/dia, pelo número de saídas (óbitos mais altas) (?). O resultado costuma não corresponder à média verdadeira, mas o cálculo é simples, e poderá ser feito com os dados de cada mês, o que é universalmente aceito.

Os 35 dias correspondem a um prazo médio de permanência, em unidade de internação, que nos parece aceitável no momento. Do ponto de vista puramente médico seria possível pensar-se em deixar mais esse prazo. No entanto, do ponto de vista sócio-econômico, a redução do período de internação é muito penosa para doentes de poucos recursos e se traduz imediatamente em grande número de tratamentos abandonados. Como os hospitais de câncer são em pequeno número, os doentes costumam vir de muito longe, de locais distando até 30 horas de viagem, sem meios de se tratarem em ambulatório na Capital. Os doentes residentes na Capital, ao contrário, comparecem com facilidade e com regularidade para o tratamento em ambulatório.

A média de ocupação dos leitos será considerada como 80%. Média de ocupação próxima de 100% não é usual, por vários motivos. Há a tendência natural para dar altas na sexta-feira. Por outro lado, as internações são mais freqüentes no começo da semana, em virtude do maior afluxo de pacientes na segunda-feira. As enfermarias sempre têm algumas reservas de leitos e os médicos que trabalham nas enfermarias necessitam, às vezes, internar rapidamente casos especiais; daí, a pequena reserva que automaticamente se faz de leitos. Multiplicando-se o número de leitos, pela taxa de ocupação, e pelo número de dias do mês; dividindo-se em seguida pela média de permanência e pelo número de dias úteis do mês, teremos o número de saídas (altas

mais óbitos), em média, em cada dia útil (de segunda a sexta-feira), assim:

$$100 \times 0,8 \times 30: 35: 21 = 3,3.$$

O número de internações possíveis será evidentemente igual ao de saídas. Nosso ambulatório poderá, portanto, internar 3,3 doentes por dia, em média, e poderá programar um atendimento igual a duas vezes esse número. Isso se deve a que nem todos os casos se destinam a internação. Casos de exame, para confirmar ou não a hipótese de câncer; casos de câncer de pele e outros, que não necessitam de internação, explicam o atendimento em ambulatório superior ao número de internações possíveis. O ambulatório atenderá, portanto, a 7 doentes novos por dia.

A observação do ritmo de trabalho real, em ambulatório que serve a um hospital de 100 leitos de câncer, leva-nos a concluir que, em média, cada doente deve comparecer 3 a 4 vezes ao ambulatório para decisão do diagnóstico e da terapêutica. São dados aproximados e que devem ser revisitos com o decorrer da experiência em ambulatório melhor estruturado. Admitindo-se provisoriamente como verdadeiros, o ambulatório deverá ter a capacidade de atender diariamente 20 a 30 pessoas, entre doentes antigos e novos. Nesses números não se encontram compreendidos os pacientes externos, já com o tratamento programado de radioterapia, quimioterapia, crio-cirurgia e outras formas de terapêutica, a cargo de setores especializados.

Havendo descuidos e atrasos nos atendimentos, a freqüência aumentará naturalmente, com evidente prejuízo para os pacientes e para o bom nome do Hospital.

B. PRINCIPAIS APERFEIÇOAMENTOS A SEREM INCLUÍDOS NO AMBULATÓRIO DE CÂNCER.

B.1 — Atendimento Pronto e Completo — A primeira consulta deve ser tão completa

quanto possível, abrangendo anamnese, exame físico, diagnóstico clínico e colheita de material para biopsia, o que é de especial interesse em alguns tumores como de língua e palato mole, que produzem metástases com rapidez.

B.2 — Exames Complementares no Primeiro Dia — As radiografias necessárias aos casos de câncer, em nosso meio, são em geral simples, em pequeno número e dispensam o jejum. Uma sugestão para facilitar o fluxo dos doentes nos gabinetes radiográficos consiste em dotá-los de aparelho de radiografias com intensificador de imagem (radioscopia em câmara clara, com televisão de circuito fechado para reforçar a imagem). É possível aos clínicos e residentes acompanhar perfeitamente o trabalho do radiologista, pesquisar detidamente várias posições e incidências e decidir, com antecipação, pela melhor radiografia a ser obtida. Além disso, obtém-se economia de filmes; em alguns serviços, as radiografias normais e as inúteis, por posicionamento inadequado, chegam a quase 90%. O hábito de marcar exame radiológico para dias subseqüentes não diminui, é claro, o serviço. Se as radiografias necessárias são em grande número, deve-se ampliar o serviço de radiologia e não atrasar todos os exames.

Também a maioria dos exames de sangue e urina pode ser feita no primeiro dia, independentemente do jejum. Os exames que devem, a rigor, ser feitos em jejum não são muitos e, na maioria das vezes, não são decisivos para o diagnóstico e a terapêutica. Em caso de dúvida, a repetição dos exames poderá ser feita, em número relativamente pequeno de casos. Mas a solução da maioria dos casos de câncer será ultimada com maior rapidez, se a maioria dos exames complementares for feita no mesmo dia da primeira consulta.

B.3 — Não Adiar a Internação — Há tendência, de intenção caridosa, em fazer os

doentes, para os quais no momento não há vaga, voltarem várias vezes ao ambulatório para tentar internação. É necessário organizar o serviço de tal modo que se possa prever as internações com antecedência. Os doentes que não puderem ser atendidos dentro do prazo compatível com seu estado, devem ser encaminhados a outro serviço.

B.4 — Atendimento pelo Médico mais Categorizado — Em cada caso, e no momento da primeira consulta, o médico mais categorizado deve dar a palavra final. A ele cabe rever o prontuário, fazer o estadiamento e decidir a terapêutica. O estadiamento deve ser feito sempre com o auxílio de manuais próprios. Aos residentes e elementos em fase de aprendizagem, deve-se dar autonomia supervisionada para todas as sucessivas etapas anteriores (exame clínico e pedidos de exames complementares). Ao médico que fizer o estadiamento clínico-patológico cabe explicar aos residentes o planejamento do tratamento e a avaliação dos prognósticos de cada caso.

C. FUNÇÕES DO AMBULATÓRIO DE CÂNCER

Discriminaremos abaixo as responsabilidades diretas e indiretas do ambulatório de câncer, acrescentando, em seguida, considerações sobre cada um dos itens.

C.1 — Responsabilidade Direta

- a) Matrícula, diagnóstico e encaminhamento do paciente.
- b) Estadiamento clínico-patológico e planejamento terapêutico. Declaração de urgência ou não.
- c) Reuniões do "board" ("tumor board" ou Colegiado de Oncologia).
- d) Tratamentos ambulatoriais e semi-ambulatoriais.
- e) Assistência social, instruções à família e terapia ocupacional.
- f) Colheita de material para exames complementares.

- g) Exames radiológicos.
- h) Serviço de biopsias.
- i) Curativos.
- j) Assistência ambulatorial, médica e social, para os casos avançados.
- k) "Follow-up" e alta.

C.2 — Responsabilidade Indireta

- a) Estudo da casuística, proposição de medidas de profilaxia.
- b) Medidas educativas de interesse da população.
- c) Participação no Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC).
- d) Relacionamento com outros serviços.

CONSIDERAÇÕES SOBRE CADA UM DOS ITENS

C.1.a — Matrícula, Diagnóstico, Encaminhamento dos Pacientes — O diagnóstico de probabilidade permite o encaminhamento do paciente para biopsia; mais tarde será decidido o tratamento em unidade de internação, ou ambulatório.

O número de casos que pode receber tratamento nas unidades de internação é limitado pelo número de leitos. Mas, o número de casos passíveis de tratamento no ambulatório, sem sobrecarga e sem ociosidade⁽⁵⁾ para o serviço, parece não ter sido ainda estabelecido para cancerologia.

Quanto aos casos internados há pormenores de interesse. Ao serviço ocorrem casos freqüentes e raros, com prazos médios de internação variáveis, grandes e pequenos. Apesar dessa variação não se observa, dentro das unidades de internação, lotação excessiva de um tipo de câncer, em detrimento dos demais tipos; a nosso ver, isso ocorre pelos motivos que serão expostos a seguir.

A internação de casos, que raramente são atendidos em hospitais de câncer, não causa problemas, mesmo que tenham média de permanência relativamente grande.

É o caso, por exemplo, dos tumores do sistema nervoso central em que a ocorrência, em hospitais do câncer, comunicada pela Divisão Nacional de Câncer (7), para os meses de junho e julho de 1975, foi a seguinte:

Hospital	15.001.9	0,7%
Hospital	15.002.9	0,7%
Hospital	15.003.9	0,0%

A internação de tais casos, à medida em que vão aparecendo no ambulatório, pode portanto ser feita sem restrições.

Relativamente aos casos de maior prevalência e de maior média de permanência, formularemos hipótese, tomando como exemplo, os tumores de cabeça e pescoço. Sob esse título não há comunicação da Divisão Nacional de Câncer; mas a ocorrência de tumores da boca e faringe, para os meses de junho e julho de 1975 (7) foi a seguinte:

Hospital	15.001.9	18,2%
Hospital	15.002.9	4,3%
Hospital	15.003.9	14,4%

Relativamente a 8.333 casos de câncer comunicados em 1968 por 27 entidades de todo o País (8), havia 890 casos de boca e faringe, assim discriminados: lábios — 211; língua — 220; glândulas salivares — 52; assoalho da boca — 75; outras partes da boca — 185; faringe — 147. Das 27 entidades, algumas quase só cuidavam de câncer ginecológico, de modo que a ocorrência de 11%, que se deduz dos números acima, só pode dar idéia aproximada da realidade.

O prazo de permanência média dos casos de boca e faringe não foi declarado em separado na publicação da Divisão Nacional de Câncer, mas podemos considerar que equivale ao de cabeça e pescoço, que pode ser considerado em torno de 90 dias (*). Assim, os dados de 15% de incidência e 90 dias de prazo médio de permanência, para os casos de cabeça e pescoço, serão

adotados hipoteticamente como verídicos. Também, adotaremos como 30 dias o prazo de permanência média dos demais casos, que representariam 85%.

Assim, se a unidade de internação tem 100 leitos disponíveis, no primeiro mês teríamos internados 15 casos de cabeça e pescoço e 85 casos dos demais. Por hipótese, esses 85 casos teriam alta ao fim de 30 dias e, em seu lugar, seriam internados 13 casos de cabeça e pescoço (que representam 15% de 85 leitos) e 72 dos demais; na unidade de internação passaria a haver 28 casos de cabeça e pescoço. Ao fim de alguns meses o resultado seria o seguinte:

Dias	Cabeça e Pescoço	Outros
1 a 30	15	85
31 a 60	15 + 13	72
61 a 90	15 + 13 + 10	62
91 a 120	13 + 10 + 12	65
121 a 150	10 + 12 + 12	65
151 a 180	12 + 12 + 11	65
181 a 210	12 + 11 + 12	65
211 a 240	11 + 12 + 12	65
241 a 270	12 + 12 + 11	65

A hipótese de existência de grupos tão homogêneos, e de casos que se internam e têm alta, todos juntos, em dias preestabelecidos, não ocorre na prática. Mas, o raciocínio serve para mostrar que, embora os 15% dos casos ocupem mais do que 15% dos leitos, um equilíbrio acaba se estabelecendo na proporção entre os casos, nas unidades de internação. Esse equilíbrio, de certo modo, corresponde a uma assistência equitativa à afluência dos casos no ambulatório. O pessoal do ambulatório não precisa portanto se preocupar excessivamente em prevenir a predominância de determinados tipos de câncer e pode fazer as internações na proporção com que os casos se apresentam.

(*) DUARTE, I.G. — Comunicação pessoal, B. Horizonte, 1975.

A ocorrência dos diferentes tipos de tumores varia de um hospital para outro, em função de fatores como área geográfica de influência, relacionamento com outros hospitais, tradição em certos tipos de tratamento, mas, acreditamos, tende a manter certa constância dentro de cada hospital.

Notemos agora que há relação entre a prevalência relativa de cada tipo de câncer, sua média de permanência na enfermaria e o número de leitos necessários para internação, previstos para esse tipo de câncer.

Tomaremos como unidade de tempo, um mês. Se a média de permanência é também de 30 dias, teremos necessidade de 15 leitos para internar 15 casos; mas, se a média de permanência é de 60 dias, necessitaremos de 30 leitos para internar 15 casos por mês; para a média de 90 dias, 45 leitos. Verifica-se, assim, que a relação entre a unidade de tempo (mês de 30 dias) e a média de permanência, é a mesma entre o número de casos que se internam na unidade de tempo e o número de leitos necessários. Trata-se, portanto, de uma "regra de três" simples, que se poderá expressar assim:

$$\frac{\text{U.T.}}{\text{M.P.}} = \frac{\text{N.I.}}{\text{L.N.}}$$

sendo,

U.T. Unidade de tempo, — mês de 30 dias.

M.P. Média de permanência.

N.I. Número de casos que se internam na unidade de tempo.

L.N. Leitos necessários para manter internados os casos, na unidade de tempo e, portanto,

$$\text{U.T.} \times \text{L.N.} = \text{M.P.} \times \text{N.I.}$$

Para o último exemplo dado, a fórmula será:

$$30 \text{ (dias)} \times 45 \text{ (leitos)} = 90 \text{ (dias de M.P.)} \times 15 \text{ (casos).}$$

Para um exemplo simples a fórmula é quase dispensável. No entanto, ela é útil quando se começa a variar a prevalência dos casos e as médias de internação. Suponhamos que se queira saber o número de leitos necessários para internar 27 casos de mama por mês, com a média de permanência de 18 dias. Teremos:

$$\text{Número de leitos} = 18 \times 27 : 30 = 16,2.$$

Por outro lado, a partir do número de leitos, poder-se-á fixar o número de casos a serem atendidos por mês. Essa informação, embora apenas de probabilidade, será utilíssima ao serviço do ambulatório, para se prever a data aproximada da internação. Assim, serão enviados a outro hospital os casos que provavelmente excederão um prazo razoável de espera.

Problema médico mais difícil de resolver, e que importa também em considerações de ética, é o da internação de casos avançados. O caso excessivamente avançado, já sem qualquer esperança de cura, poderá ter sua internação justificada por motivos de solidariedade humana. Se não existe folga de leitos, tal internação implicará automaticamente em privar outro caso, possivelmente curável, da chance de cura. É impossível postular regras para tal situação. As melhores soluções provavelmente aparecerão quando se equacionar o tratamento ambulatorial e domiciliar dos casos avançados, como estamos preconizando.

C.1.b. — Estadiamento Clínico-patológico

— Precede sempre ao planejamento do tratamento. O ambulatório é, portanto, o lugar de determiná-lo. A decisão terapêutica e a declaração de urgência de terapêutica são também atribuições do pessoal médico do ambulatório. Daí a necessidade, no ambulatório, de médico especialista, com a responsabilidade das decisões, não

sendo suficiente o julgamento dos médicos residentes e elementos ainda em fase de aprendizagem.

C.1.c — Colegiado de Oncologia — Nem sempre um só médico, mesmo categorizado, poderá arcar com toda a responsabilidade da decisão terapêutica. Haverá, frequentemente, necessidade de opinião de um ou mais colegas e, para isso, são muito oportunas as reuniões de grupo⁽¹³⁾ que se fazem sob diferentes nomes (mesas-redondas, sessões anátomo-clínicas, colegiados oncológicos, "board" e outras) nos serviços de câncer.

A palavra "board" que, entre outros significados, tem o de junta ou conselho, está, em vários locais, associada a câncer ou tumor, sendo encontradas as referências a "tumor board". Traduz, a nosso ver, um órgão científico e administrativo encarregado de traçar a política geral do serviço, rever o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento, permitir o confronto do ponto de vista de vários médicos, fazer a declaração de que para determinados casos estão esgotadas as possibilidades terapêuticas.

É um órgão médico-hospitalar de alto interesse e que necessita de estruturação cuidadosa por parte das administrações hospitalares. Há mais tempo fizemos implantar em nosso hospital um "board" de câncer que desde então vem funcionando com aceitação e eficiência crescentes. Esse órgão foi recentemente incorporado oficialmente ao Serviço, na aprovação do regimento interno, com o nome de Colegiado de Oncologia.

Por sua natureza e funções, parece-nos que deverá anexar-se ao ambulatório, embora em muitos hospitais não o seja. É de interesse que quando o caso for internado, já esteja bastante esclarecido; eventual-

mente, poderá ser necessário reenviá-lo ao "board", mas isso não será muito frequente. O "board" nos parece assim uma estrutura científica localizada no ambulatório.

Em nosso hospital, e de acordo com o regulamento aprovado há pouco tempo, compete ao Colegiado de Oncologia:

- a) estabelecer rotinas de modelos para os diagnósticos e planejamento do tratamento;
- b) discutir e deliberar sobre as ocorrências clínicas que forem levadas a seu conhecimento pelos chefes das equipes especializadas;
- c) manifestar-se sobre projetos de pesquisas;
- d) emitir parecer sobre matéria de câncer que lhe for encaminhada pelos órgãos especializados;
- e) zelar pela observância do estadiamento padronizado como rotina obrigatória;
- f) nos casos avançados, declarar esgotados os recursos terapêuticos.

O nosso "board" reúne-se, atualmente, uma vez por semana, devendo fazê-lo com a presença dos médicos do hospital, residentes e pós-graduandos.

Para tais reuniões, uma sala para acomodar cerca de 30 pessoas e uma mesa de exames clínicos será suficiente. Mesa de exame ginecológico não é necessária. O exame de partes pudendas deverá ser feito em sala separada. Para registro claro e permanente das decisões do "board", uma secretária datilógrafa deverá estar sempre presente para as anotações e fará ata das reuniões.

O hábito de se escrever o prontuário rapidamente e com má caligrafia deve ser abandonado, especialmente para registro de decisões importantes.

C.1.d. Tratamentos Ambulatoriais e Semi-ambulatoriais — Como se mostrou, sempre que possível, o tratamento deve ser ambulatorial. É tendência moderna, cujas vantagens são conhecidas e aceitas. Um tipo especial de atendimento utilizado em casos de câncer é o do tratamento semi-ambulatorial. Trata-se geralmente de pacientes que devem fazer um ou mais ciclos de quimioterapia, e que necessitam passar no hospital apenas algumas horas por dia, em geral três horas. É bastante difundido o uso de tais "leitos de ambulatório", que desafogam o serviço de excesso de doentes e permitem o tratamento de grande número de doentes.

De certa maneira, pode-se considerar, ainda, como tratamento semi-ambulatorial, o tipo de internação durante parte da semana, de segunda a sexta-feira, para aplicações de radioterapia; nos fins de semana, o paciente pode ir para casa, o que tem vantagens psicológicas pela sensação de liberdade que propicia. Representa, ainda, pequena economia para o hospital. Tais leitos, em inglês, denominam-se "hostel beds", que poderíamos traduzir por leitos de hóspedes. Deve ficar claro que, embora tais leitos se situem fisicamente na enfermaria e não no ambulatório, a referência é aqui necessária porque é ao ambulatório que incumbe fazer as anotações, para providenciar saídas e retornos.

C.1.e — Assistência Social, Instruções à Família e Terapia Ocupacional — Em nosso hospital a assistência social fica a cargo de profissionais especializadas, que trabalham no ambulatório e pouco freqüentam as enfermarias. É natural que isso ocorra pois a enfermaria destina-se precipuamente ao tratamento, após o qual o paciente passa a ser acompanhado no ambulatório. A assis-

tência social pode compreender também assistência financeira, mas, em nosso meio, a assistência social não a inclui ainda.

As instruções à família são, é claro, uma das atribuições do médico. No entanto, as assistentes sociais ajudam muito pela comunicação fácil que sempre conseguem, para tranquilizar a família com relação ao medo de contágio e instruí-las quanto ao relacionamento que devem passar a ter com o paciente.

A terapia ocupacional é de grande ajuda nos casos de tratamento prolongado, principalmente porque a maioria dos pacientes deseja primeiramente curar-se para depois reassumir suas atividades. Nada fazendo, a doença estará presente em seu espírito em cada momento dos longos períodos de tratamento. Os doentes que concordam em, ao mesmo tempo, tratar-se e trabalhar, têm melhor equilíbrio emocional.

C.1.f — Colheita de Material para Exames

— Ela é parte da "primeira consulta completa" que preconizamos inicialmente. Os funcionários do laboratório reservam geralmente a primeira hora da manhã para a colheita de material. Com grande número de casos fazendo exames independentemente do jejum, as colheitas podem se prolongar por toda a manhã. Por isso, sala especial deve ser prevista para que o próprio pessoal do ambulatório proceda à colheita de material.

C.1.g — Exames Radiológicos — Uma longa prática em hospitais parece mostrar diferença acentuada entre a contribuição do radiodiagnóstico em oncologia e na clínica assistencial comum de outras patologias.

Os pedidos de radiografia são relativamente menos freqüentes em cancerologia do que em clínica médica e do que em cirurgia. Por outro lado, as radiografias são mais fáceis de interpretar em cancerologia. É possível que a diferença decorra do fato

de que, atualmente, nossos casos de câncer são sempre muito avançados e as radiografias são pedidas mais para aferir a extensão do processo, do que propriamente para estabelecer o diagnóstico. Qualquer que seja a razão, o serviço de radiodiagnóstico em oncologia, pelo menos no momento, é relativamente fácil. A imensa maioria das radiografias pode ser feita no dia da primeira consulta e, assim, dinamizar o atendimento.

Se, melhorado o serviço, verificar-se que tal prática é difícil de ser mantida em casos iniciais, a programação deverá ser outra. A prática das radiografias, feitas no dia do primeiro comparecimento em ambulatório, não sobrecarrega, por si só, o serviço do radiologista; a marcação de exames para outro dia tem o intuito de melhorar a distribuição dos casos, mas em geral nada mais faz do que adiar todos os casos, sem vantagens para ninguém. Se o serviço de radiodiagnóstico crescer muito a solução é capacitá-lo para maior atendimento, de modo a corresponder à demanda, e não adiar todos os exames.

Para facilitar os exames e evitar erros de posicionamento, previmos para nosso hospital uma aparelhagem moderna provida de intensificador de imagem, de modo a permitir radioscopia em câmara clara, com quantidade mínima de raios, cujos tons são reforçados eletronicamente por meio de um sistema de televisão de circuito fechado.

C.1.h — Serviço de Biopsia — Trata-se de uma das atividades mais importantes da cancerologia, e que é nitidamente função do ambulatório. As dificuldades para se conseguir boa biopsia, em topografia exata para não dar falsos negativos, são grandes e passam despercebidas ao iniciante. O cirurgião encarregado da colheita de material para biopsia deve ter sempre presente a importância da intervenção que realiza, que, inclusive, tem quase sempre impli-

cações de ordem estética. O cirurgião deve ter ainda o treinamento necessário para decidir entre uma biopsia simples, para a qual retira parte típica da lesão, e "operação biopsia", em que procura retirar, de maneira radical, e com boa margem de segurança lateral e profunda, toda a lesão suspeita. O material cirúrgico deve ser da melhor qualidade para o respectivo exame anátomo-patológico macro e microscópico.

C.1.i — Curativos — Devem ser previstos para serem feitos sempre com luvas e pinças longas, em sala própria. Frequentemente, as lesões têm aspectos e cheiro desagradáveis. O material disponível deve ser completo, incluindo equipamento para várias modalidades de anestesia local. O hábito de se destinar às salas de curativos o material desgastado e imprestável dos vários setores do hospital, deve ser abandonado. O destino do material danificado e imprestável deve ser outro.

C.1.j — Assistência Ambulatorial do Caso Avançado — O tratamento do caso avançado, fora de possibilidades terapêuticas (FPT) não se encontra ainda estabelecido adequadamente em nosso meio.

Não é possível internar todos os casos em tais condições. Mesmo para órgãos que dispõem de recursos financeiros, como o INPS, o tratamento fica excessivamente caro. Os "depósitos de doentes" ou "hospitais de apoio" constituem psicologicamente má idéia, pela conotação de ante-câmara da morte; a tendência é, aliás, para perderem essa finalidade, tal como ocorreu com o Hospital Mário Kroeff, no Rio de Janeiro. Os hospitais de câncer dedicam atualmente parte de seus leitos para internação de casos FPT, mas o assunto não se encontra resolvido, nem mesmo equacionado.

É nossa intenção, através de novos trabalhos, tentar dar bases mais firmes ao tratamento ambulatorial dos casos avançados e, para isso, várias questões científicas, sociais e de ética devem ser definidas e estudadas.

Em termos gerais, propomos rever inicialmente as várias modalidades de controle da dor, seja por meio de antiálgicos, seja por meios de intervenções cirúrgicas.

O tratamento da angústia e do pavor da morte deve ser feito, não só por "psicoterapia" de apoio por parte dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, mas também por meio de psicotrópicos adequados. Os entorpecentes devem ser usados e seu emprego deve ser precedido de estudo das normas de controle legal juntamente com a família do doente e com todos os elementos técnicos envolvidos nesse tipo de tratamento.

Noções de enfermagem, de higiene e limpeza devem ser ministradas à família, bem como noções de economia, de prevenção de gastos excessivos e de resistência a tratamentos milagrosos.

Visitas periódicas ao paciente, em seu domicílio, devem ser feitas, cumprindo, à direção do ambulatório, organizar fichário e escalar pessoal para fazê-las.

C.1.k — Follow-up e Alta — É difícil, mesmo no início da moléstia, estabelecer com segurança o prognóstico de casos individuais. Daí, a dificuldade em se dar alta definitiva, que dispense toda a revisão. Espera-se que todos os casos sejam revistos, não só para segurança do paciente, como para comparação dos vários tipos de tratamento. As revisões periódicas devem ser feitas em datas preestabelecidas, e a frequência das revisões varia com o tipo de cada tumor.

Atualmente, achamos aconselhável que as revisões se façam simultaneamente para vários casos semelhantes. Assim, pode ser conveniente rever os casos de mama em abril e outubro e os de útero, em maio e novembro, por exemplo. Os modernos controles hospitalares por computadores permitirão rever grande número de casos semelhantes, sem a rigidez das marcações periódicas, que ora aconselhamos.

As revisões devem ser marcadas para dias úteis, para os quais não se prevê excesso de serviço. Assim, evitamos as segundas-feiras; evitamos, também, as sextas-feiras para não forçar os pacientes a ficarem eventualmente à disposição do serviço, em fins de semana, à espera de um ou de outro exame complementar.

O serviço social deve manter contato por cartas com o doente, ou pessoa de sua família, para lembrá-lo do retorno.

Em nosso hospital a carta é escrita de maneira a não assustar o paciente. Os termos da carta acentuam o interesse do serviço, a rotina seguida e um agradecimento pela colaboração prestada pelo paciente. Para a hipótese de falecimento, o serviço social deve estar prevenido para se dirigir à pessoa responsável da família, porque o falecimento e as condições em que ocorreu são dados de importância para o registro dos casos.

No caso de provável falecimento de mãe de família, é importante manter-se contato prévio com parentes responsáveis; é que, faltando a mãe, a família com certa frequência se dissolve, indo os filhos para casa de parentes, ficando-se sem o endereço para contatos. No caso de falecimento do pai, no entanto, a mãe consegue, em geral, manter unida a família, no mesmo endereço antigo.

C.2 — Responsabilidade Indireta — Os quatro itens que se seguem representam, a rigor, funções de administração geral do serviço de câncer, mas, no ambulatório, adquirem especial relevância.

C.2.a — Exame de Casuística e Proposição de Medidas de Profilaxia — Recentemente, informações oncológicas do Brasil inteiro passaram a ser providas pelo Banco de Dados da Divisão Nacional do Câncer. Tais informações devem ser analisadas pelos serviços de tratamento e profilaxia do câncer e achamos que o principal órgão encarregado dessa análise deva ser o ambulatório de câncer. A profilaxia do câncer depende da iniciativa dos serviços e do Governo, e é por intermédio dos ambulatórios de câncer que ela se deve fazer.

C.2.b — Medidas Educativas de Interesse da População — As instruções de profilaxia do câncer serão mais eficientes se levadas diretamente ao conhecimento da população, do que se ficarem restritas à área médica. Poderão ser, portanto, objeto de comunicações periódicas, programadas pelos médicos e demais elementos do ambulatório de câncer. Tais instruções deverão versar sobre sinais e sintomas de câncer inicial, em terminologia adequada. De fato, de nada vale conhecerem os médicos profundamente os elementos informativos de um câncer em início, se só são procurados pelos pacientes em fase já muito adiantada.

A primeira suspeita de diagnóstico é, na maioria das vezes, levantada pelo próprio paciente, e é, portanto, ele quem deve estar informado sobre a observação a ser feita.

C.2.c — Participação no Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC) — A Divisão Nacional de Câncer, pelo seu PNCC,

mantém contato com serviços de câncer em todo o País, coordenando as atividades de forma eficiente e bastante versátil. Isto compreende, por parte da Divisão Nacional de Câncer, o recebimento mensal de um conjunto de informações sobre casuística, número de pacientes internados, tratamentos executados, altas e incidência de tipos de câncer, que deverão ser enviados pelos serviços de câncer. Essa atividade poderá ser orientada e mesmo executada pelas administrações, mas será melhor realizada pelo ambulatório de câncer, já que se encarrega forçosamente do preparo de suas fichas e que, com facilidade, poderá adequá-las à comunicação correta com a Divisão Nacional de Câncer.

A participação no PNCC, por parte da entidade, compreende o recebimento de informações e instruções de aplicação imediata na área do trabalho médico, e que, com vantagens, poderão ser encaminhadas diretamente ao ambulatório.

C.2.d — Relacionamento com Outros Serviços — As considerações feitas acima relativas à participação do PNCC, são válidas para o desejável e necessário relacionamento com outros serviços. A função é também de responsabilidade indireta do ambulatório.

D. — DEPENDÊNCIAS ESPECIAIS DO AMBULATÓRIO DE CÂNCER

Será vantajoso para o serviço que as várias dependências do ambulatório se situem em uma só área física.

Evidentemente, o ambulatório de câncer necessitará de certo número de médicos, mas o número exato dependerá de vários fatores. Assinalemos, como exemplos, a rapidez do atendimento, a facilidade de

fluxo dos pacientes, a prevalência dos vários tipos de câncer, que afluem ao serviço; e, ainda, o grau de educação sanitária da população, que condicionará a precocidade com que os casos se apresentarão à primeira consulta; lembremos ainda que a área geográfica de influência, que depende das facilidades de comunicação e não dos limites dos Estados ou Municípios, também exerce acentuado efeito na frequência ao ambulatório; e, ainda mais, que o bom conceito do serviço, na área médica e paramédica, é decisivo para o movimento do serviço.

A representação das várias especialidades no ambulatório dependerá também dos fatores assinalados. Como não há interesse em manter um corpo de médicos exclusivo para o ambulatório, mas sim fazer um rodízio com as enfermarias, a definição do número de médicos do ambulatório ficará na dependência também do tamanho do corpo clínico do hospital, cujo estudo ultrapassa os limites a que nos propusemos. Nós nos contentaremos em indicar a necessidade inicial de consultórios e de várias salas; abordaremos portanto, de passagem, as especialidades médicas que, a nosso ver, se devem fazer representar no ambulatório; indicaremos elementos para estruturação administrativa e científica do ambulatório, mas não os da área física.

São as seguintes as dependências:

1. Sala para matrícula dos pacientes no ambulatório especializado e arquivado.
2. Sala para colheita de material para exame de laboratório.
3. Consultórios médicos para:
 - 3.1 — Otorrinolaringologia
 - 3.2 — Cirurgia
 - 3.3 — Quimioterapia — Internista-Oncologista — "Leitos de ambulatório" (1 a 3 salas)
 - 3.4 — Imunoterapia
 - 3.5 — Odontologia clínica, cirúrgica e laboratório de prótese

3.6 — Dermatologia

3.7 — Ginecologia

3.8 — Assistência ambulatorial de casos avançados.

4. Médico chefe

5. Radiodiagnóstico (com intensificador de imagem)

6. Sala para assistência social

7. Sala de colheita de material para biopsia

8. Sala de curativos

9. Sala para o Colegiado de Oncologia (30 pessoas, mesa de exames, secretária-datilógrafa).

Sendo o ambulatório de câncer bastante especializado, deverá ele proceder ao registro de seus pacientes, dentro de padrões próprios.

Consultório especial para o **follow-up** (preservação ou seguimento) já foi sugerido para hospital geral (¹⁸). Em Oncologia, achamos que cada clínica deva se encarregar de seu próprio **follow-up**.

O consultório de otorrinolaringologia deverá ser muito bem montado, com equipamento e material de excelente qualidade, pois grande parte do diagnóstico exato dos casos de câncer de cabeça e pescoço depende da contribuição dessa especialidade. Mesmo em serviço bem montado não se consegue identificar o tumor primário em regular percentagem dos casos, que é variável de um serviço para outro, mas apenas as metástases. Se o serviço é mal equipado, se há preocupação de economia, o número de tumores primários não identificáveis cresce. Não há necessidade imperiosa, a nosso ver, de instalar serviço de endoscopia separado; o material e o pessoal a cargo da endoscopia poderão fazer parte do consultório de otorrinolaringologia.

Várias especialidades cirúrgicas poderiam ser lembradas (cirurgia plástica, cirurgia do aparelho digestivo, neuro-cirurgia), para se representarem no ambulatório, mas, inicialmente, um só consultório de cirurgia

é suficiente para examinar e encaminhar o paciente.

As instalações de quimioterapia deverão ser previstas com folga de espaço (1 a 3 salas), pois é conveniente que ao quimioterapeuta incumba a parte da clínica médica (medicina interna e hematologia) no ambulatório de câncer; além disso ficarão a cargo do quimioterapeuta os "leitos de ambulatório".

A imunoterapia é especialidade nova, mas os desenvolvimentos são rápidos e importantes, justificando um consultório especializado em ambulatório.

A presença dos dentistas em ambulatório geral é aconselhada⁽⁸⁾, mas é em Oncologia que se justifica sob vários aspectos. Em primeiro lugar, na clínica, porque grande número de diagnósticos do câncer da boca é feito pelos dentistas. Em seguida, na cirurgia, porque o estado dos dentes na maioria dos pacientes é péssimo, havendo necessidade de tratamento dentário urgente, preliminar ao tratamento radioterápico, cirúrgico e outros. O dentista presta ainda colaboração de inestimável valor no planejamento e execução das próteses necessárias após cirurgia da boca, nariz, olhos e orelhas; na confecção de moldes para aplicação de agulhas e tubos de radium em cânceres da boca; na confecção de protetores especiais para olhos na radioterapia de partes vizinhas.

Segundo casuísticas comunicadas pela Divisão Nacional de Câncer⁽⁷⁾, o câncer de pele atinge em alguns serviços, cerca de 20% dos casos de câncer, e até mais. O dermatologista é necessário para o diagnóstico, o tratamento e, ainda, para o diagnóstico diferencial com grande número de lesões de pele que afluem ao ambulatório de câncer.

A importância da ginecologia em ambulatório de câncer é decisiva, mas, inicialmente, não nos parece haver necessidade de ambulatório separado de mastologia.

Os aparelhos de mamografia e xerografia, especiais para o câncer de mama e, ainda, os de termografia e ecografia, são úteis, mas até agora só têm sido empregados em pequena escala, e não em exames de massa ou **screening** populacional. O uso desses aparelhos em ambulatórios públicos de maior movimento está sendo objeto de avaliação em vários órgãos, relativamente aos benefícios que possam trazer, sem alarme para a população e sem risco indevido de falsos positivos e falsos negativos.

A assistência ambulatorial do caso avançado é da maior importância, mas sua estruturação ainda está por ser feita. A necessidade de atender sistematicamente os casos, para os quais foi feita a declaração de esgotamento dos recursos terapêuticos, é urgente. O serviço deve ser estruturado em bases experimentais, o mais rapidamente possível, para o desenvolvimento de modelo adequado à nossa realidade sócio-econômica.

A existência de chefia de ambulatório é necessária⁽¹⁵⁾ e sua ausência é fator de insucesso⁽¹⁷⁾; poderá ser exercida por profissionais não médicos⁽¹⁾. No ambulatório de câncer, pelas implicações médico-científicas de cada ato praticado, julgamos que a existência da chefia é condição necessária para o funcionamento do órgão, e que deve ser exercida por médico. A nosso ver só ela poderá propiciar adequada padronização de métodos e material, de que temos imperiosa necessidade⁽⁶⁾.

O médico chefe deve ter sala especial, confortável, onde permaneça sem sacrifício, e, para que não seja sobrecarregado com pedidos de colaboração de colegas apressados, não deverá ter consultório próprio.

A necessidade de aparelhagem de radiodiagnóstico adequada ao atendimento

rápido, por ocasião da primeira consulta, já foi encarecida.

Entre nós, o serviço social ainda não alcançou a plenitude de suas possibilidades. Em grande parte, os problemas com que se defrontam os serviços médicos (falta de medicamentos, falta de vagas, falta de higiene), são na realidade problemas econômicos e não problemas médicos. Na base de todos esses problemas está uma renda ainda baixa em nosso meio. Não são portanto problemas de competência dos médicos, mas os médicos e as assistentes sociais podem ajudar a resolvê-los, barateando o custo do tratamento, no âmbito de suas ações.

COMENTÁRIO FINAL

Hospitais de câncer existem em todo o mundo. No Brasil, a partir da década de 1920, construíram-se vários, nas Capitais, e cada um serve como pólo de atendimento de todo um Estado. Para obterem tratamento adequado, os doentes de poucos recursos eram (e ainda são) obrigados a se deslocarem para as Capitais. Na incapacidade de se sustentarem em meio estranho, o ambulatório era-lhes (e ainda é) intolerável. Muitos abandonavam (e ainda abandonam) o tratamento, desistindo de qualquer esperança de cura, por motivos econômicos. Atualmente, em consequência do grande desenvolvimento que vêm tomando os serviços previdenciários, o indigente tende a desaparecer, amparado pelos órgãos assistenciais. Por outro lado, o desenvolvimento do Programa Nacional de Controle do Câncer animou os núcleos médicos do interior dos Estados, que procuram atualizar-se com rapidez. A tendência dos hospitais de câncer é a de deixarem de ter âmbito estadual para terem âmbito municipal. Trata-se evidentemente de um benefício, pela melhor qua-

lidade de assistência médica especializada às populações do interior. Ainda se passará muito tempo antes que a assistência médica de boa qualidade possa ser oferecida a toda a população. Mas os primeiros passos foram dados e o fato de que o PNCC passou de um governo, sem qualquer alteração, para o governo seguinte, mostra que existe na área do câncer uma decidida continuidade de ação. Deslocado para perto da residência do paciente, o ambulatório torna-se mais acessível, em termos de possibilidade econômica. O tratamento em ambulatório deverá portanto expandir-se, e cumpre às administrações hospitalares e a cada médico em particular, medidas necessárias para melhorar a qualidade da assistência médica. Com isso, as internações, nos casos indicados, serão mais fáceis e mais prontas; os diagnósticos mais precoces, e as curas, mais frequentes e menos onerosas.

RESUMO

Faz-se uma avaliação das vantagens do atendimento ambulatorial em serviços oncológicos. Salientam-se, sobretudo, as vantagens econômicas, psicológicas e sociais, bem como aquelas relativas à maior oportunidade do diagnóstico precoce. A ênfase no atendimento ambulatorial deverá ter por referência parâmetros estatísticos básicos, alguns já disponíveis, outros ainda por serem obtidos. Os principais aperfeiçoamentos a serem incluídos para dinamização e eficiência são: atendimento pronto e completo, exames complementares no primeiro dia, não adiamento das internações e atendimento pelo médico mais categorizado. As funções do ambulatório, tanto as de responsabilidade direta como indireta, devem ser bem definidas e claramente compreendidas pelo pessoal médico e administrativo, especialmente as funções relativas aos critérios de

internação, acompanhamento e alta; aquelas referentes às atribuições do colegiado oncológico; e ainda as ligadas ao cuidado psicológico e de educação sanitária dos pacientes e familiares.

São feitas, finalmente, considerações sobre a adequação das dependências e equipamentos a essas funções. Conclui-se pela especial importância do ambulatório oncológico

gico bem estruturado, no sentido de permitir melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, maior descentralização dos atendimentos e melhor coordenação das ações e da avaliação global dos resultados.

Só assim se permitirá levar, a um número cada vez maior de pessoas, a diversificada tecnologia que os serviços oncológicos estão se capacitando a oferecer.

SUMMARY

OUT-PATIENT DEPARTMENT OF A CANCER HOSPITAL

An evaluation is made of the advantages of medical care in an out-patient department of a cancer hospital. Emphasis is laid upon the economical advantages, as well as on psychological and social ones, and also on the increasing chances of an early diagnosis. Sound out-patient care must be based on sound statistical data, some of which are already available, some yet unknown. Relevant improvements to be introduced in a cancer out-patient department to obtain greater efficiency are: complete medical examination at the first visit; provision for radiological exams and blood and urine tests on the first day; non-delaying hospitalizations after they are indicated; examination on the first day by the most competent doctor available. Functions of the oncological out-patient department, whether of direct or indirect responsibility of this department, must be clearly defined and per-

fectly understood by both the medical staff and administration, especially those concerning admission criteria, follow-up and discharge; those concerning the hospital tumor board; those related with the psychological care of patients and their families and health education.

Considerations are made on the adequate fitting of medical equipment and hospital facilities to the requirements of the out-patient department. Finally it is emphasized the great importance of a well planned oncological out-patient department, to allow for a better use of the available financial support, decentralization of medical work, coordination of activities, and sound evaluation of therapeutic results.

This is the only possible way to extend to a greater number of patients the well advanced technology that cancer services are being prepared to offer.

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, R.S. Ambulatório. *Revista Paulista de Hospitais*, 16(1): 24-8, 1968.
2. ARNEILL, B.P. Ambulatory care. Guidelines for design of facilities. *Hospitals*, 49(8): 83-6, 1975.
3. ASSISTÊNCIA médico-hospitalar; terminologia hospitalar. Definições. *Revista Paulista de Hospitais*, 4(7): 24, 1956.
4. BACHMEYER, A.C. & HARTMAN, G. *The Hospital in modern society*. N. York, The Commonwealth Fund, 1943.
5. BALDISSERA, D.J. Ociosidade nas atividades de ambulatório. *Revista Paulista de Hospitais*, 22(11): 490-5, 1974.

6. BAUMGRATZ, D.O. Padrões mínimos para planejamento de hospitais. **Revista Paulista de Hospitais**, 9(9): 15-7, 1961.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Câncer. **Sistema informações câncer. Estatística de internação e tratamento**. Brasília, 1975.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de administração e controle do hospital**. Brasília, 1974.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Câncer. **Levantamento estatístico de casos de câncer em 1968**. Rio de Janeiro, 1970.
10. CAMARGO, C.A. A importância do ambulatório no hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, 4 (9): 27-9, 1956.
11. CAMPOS, J. Q. Subsídios para a redução da média de permanência no hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, 22(7): 324-30, 1974.
12. COSTA, M.O. O ambulatório do hospital geral. **Revista Paulista de Hospitais**, 9(5): 23-7, 1961.
13. FONSECA, A. de S. Estatística no hospital moderno. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Terceiro instituto internacional de organização e administração de hospitais — 18 de junho a 1º de julho de 1950**. Rio de Janeiro, Repartição Sanitária Pan-americana, 1952. p. 392-401 (Ser. 268).
14. FOSCOLO, M.B. **Circulação no hospital**. Belo Horizonte, Fundação Instituto Técnico em Saúde e Hospital (FIASAH), 1973.
15. FREILICH, H. A guide to improved ambulatory care service. **Hospital Management**, 107(3): 52-5, 1969.
16. GALOTTI, O. Ambulatório no hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, 18(2): 17-24, 1970.
17. GALOTTI, O. Valorização do ambulatório. **Revista Paulista de Hospitais**, 11(6): 4-9, 1963.
18. HARTMAN, G. Organization and operation of the out-patient department. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Terceiro instituto internacional de organização e administração de hospitais — 18 de junho a 1º de julho de 1950**. Rio de Janeiro, Repartição Sanitária Pan-americana, 1952. p. 612-26 (Ser. 268).
19. HERR, C.E.A. & PATRIKAS, E.O. Keeping track of ambulatory care. **Hospitals**, 49(5): 89-92, 1975.
20. KANE, R.L. Ambulatory care. **Hospitals**, 49(7): 85-8, 1975.
21. Mc EACHERN, M.T. **Hospital organization and management**. 3. ed. Chicago, Physician's Record, 1957.
22. MAGALHÃES, G.A. Importância do ambulatório para a economia do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, 18(2): 7-11, 1970.
23. MOMOI, H. Elementos a serem considerados para planejamento do ambulatório. **Revista Paulista de Hospitais**, 20(2): 9-13, 1972.
24. MOROZUMI, S. Ambulatório de clínica neurológica num hospital de 300 leitos. **Revista Paulista de Hospitais**, 21 (3): 140-2, 1973.
25. ROEMER, M.I. From poor beginnings, the growth of primary care. **Hospitals**, 49(5): 38-43, 1975.