ORGÃO OFICIAL DO

# IPH

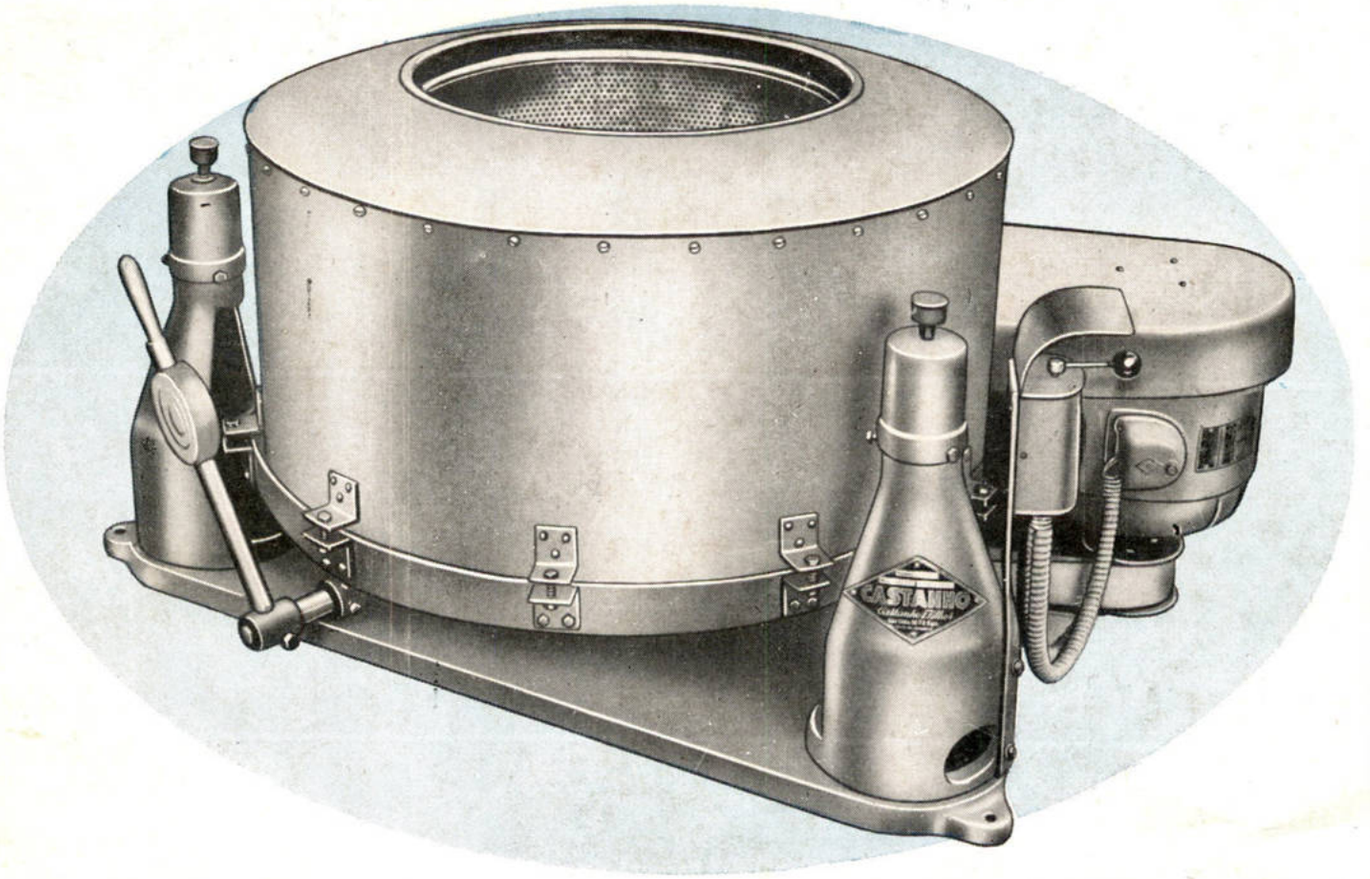
Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

# hospital de hoje

Volume 11 — Ano IV

Especialmente dedicado à

## REABILITAÇÃO




**FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES**

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

Castanho & Filhos S/A

COMERCIO E INDÚSTRIA

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

REPRESENTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ILUMINAÇÃO CIRÚRGICA

MICRONAL

EXIGE...

• ILUMINAÇÃO INTENSA NA SUPERFÍCIE E EM PROFUNDIDADE • AUSÊNCIA DE SOMBRA • LUZ FRIA OBTIDA POR MEIO DE VIDRO ATERNAL • ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O "SCIALYTIQUE" B.B.T., inventado pelo Professor **VERAIN**, e permanentemente adaptado às necessidades das novas técnicas cirúrgicas, satisfaz tôdas essas condições. Os últimos aperfeiçoamentos introduzidos, colocam-no na dianteira, indiscutívelmente sôbre todos os demais aparelhos de iluminação cirúrgica.

Scialytique

BBT

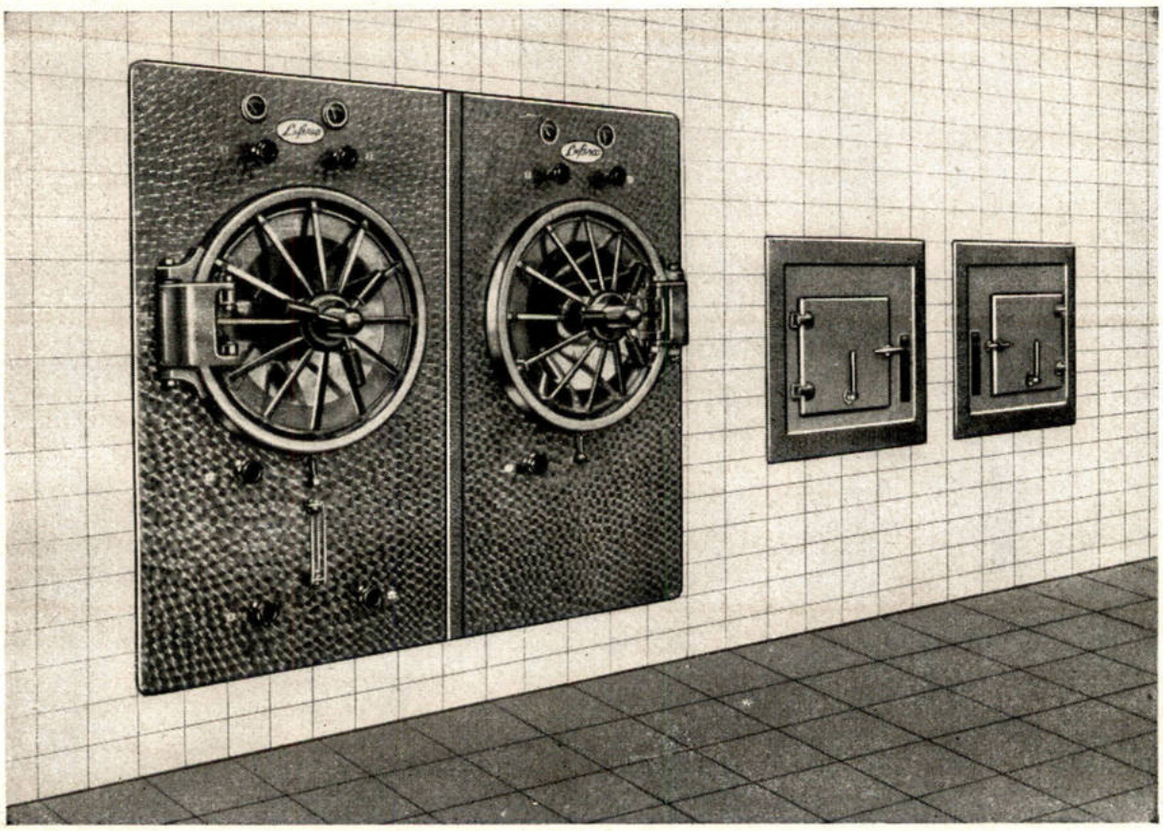
MAIS DE 30.000 APARELHOS EM SERVIÇO NO MUNDO INTEIRO

ÚNICOS FABRICANTES LICENCIADOS
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS NO BRASIL

MICRONAL

SOCIEDADE NACIONAL DE TÉCNICA E PRECISÃO LTDA.

Avenida João Dias, 3505 — Telefone: 61-8035 — SÃO PAULO



**Conjunto Central de Esterilização LUFERGO modêlo .....**
**Estufas c/ recirculação de ar de acôrdo c/ normas do IPH.**
**Autoclaves construidas de acôrdo com as normas do I.P.H.**

**FRONTA/S DE AÇO INOXIDÁVEL ESCAMADOS**

**TIPO DE EMBUTIR NA PAREDE C/ ESPELHOS**

**REPRESENTAÇÕES EXCLUSIVAS:**

aparelhos de raios-X - acessórios
de raios-X e bomba de cobalto
SMIT RÖNTGEN APPARATENFABRIEK, LEIDEN — HOLANDA

aparelhos de anestesia - gazes anestésicos - ressuscitadores - tendas para oxigênio - incubadoras - aparelhos de oxigênioterapia - instalações centrais de oxigênio - mesas cirúrgicas - lâmpadas de cirurgia.

OHIO CHEMICAL & MFG CO.
AMERICAN STERILIZER CO.
AIRCO COMPANY

aparelhos científicos para
bacteriologia - biologia, etc.
CENTRAL SCIENTIFIC COMPANY

eletrocardiógrafos
BECK-LEE CORPORATION

microscópios para medicina, pesquisas científicas, paralização, metalurgia, micro-fotografia, etc.
COOKE, TROUGHTON & SIMMS

**FABRICAÇÃO PRÓPRIA:**

EQUIPAMENTO HOSPITALAR E PARA LABORATÓRIOS **LUFERGO**
autoclaves retangulares, horizontais, cilíndricas e verticais para hospitais e laboratórios - estufas para cultura e esterilização destiladores para água - fornos pasteurs - banhos maria - centrifugadores - instalações completas de laboratórios químicos.

**CATÁLOGOS COMPLETOS:**

móveis assépticos LUFERGO
instrumentos cirúrgicos Ricard
aparelhos de laboratório e reagentes

# LUTZ FERRANDO

## ÓTICA E INSTRUMENTAL CIENTIFICO S. A.

SÃO PAULO: Rua Direita, 33 — Tel. 37-7147
RIO DE JANEIRO: Rua do Ouvidor, 88
RECIFE: Rua da Imperatriz, 14

FÁBRICA: Rua Madre de Deus, 809 — Fone 9-9412
PÔRTO ALEGRE: Rua General Vitorino, 298
BELÉM: Praça da República, 5

# I M E C

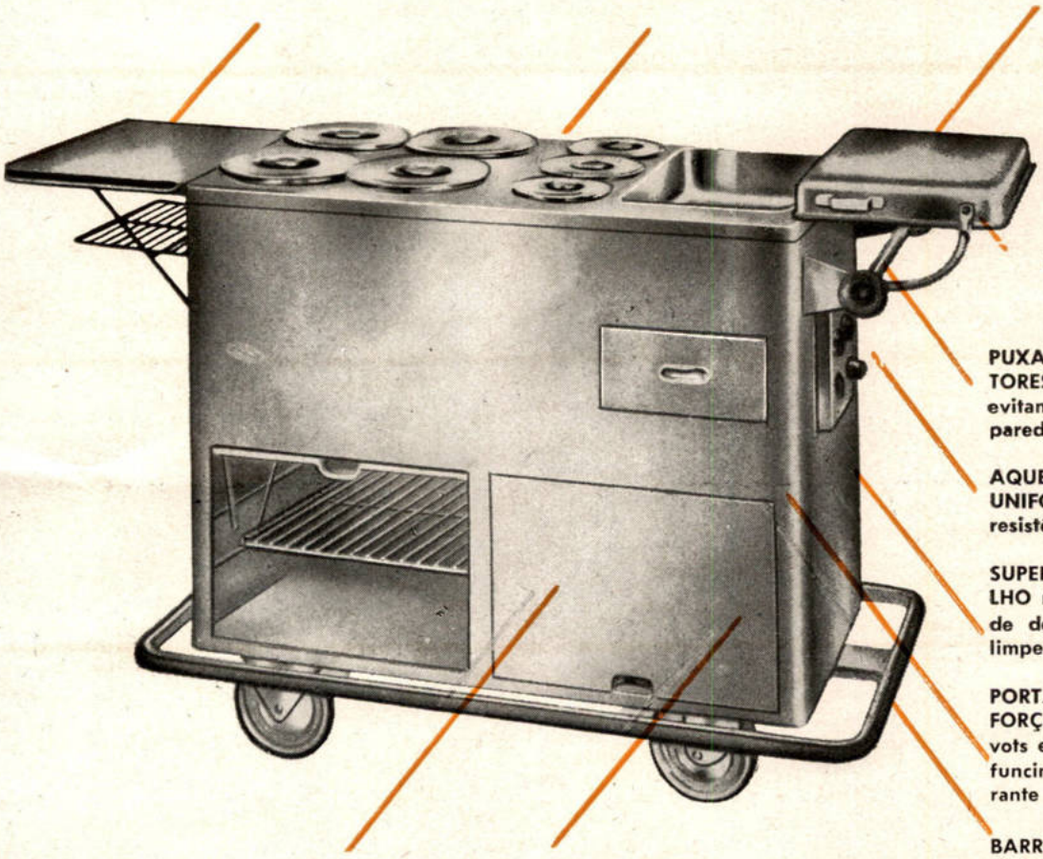
tem o prazer de apresentar sua Nova e Moderníssima linha de Móveis e Equipamentos Hospitalares

Agora fabricado no Brasil, o que de melhor os melhores h o s pi t a i s do mundo possuem

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

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

**TAMPA SEM COSTURA,** estampada, com arestas arredondadas.



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

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

**AQUECIMENTO RÁPIDO E UNIFORME** por meio de resistências especiais.

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

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

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

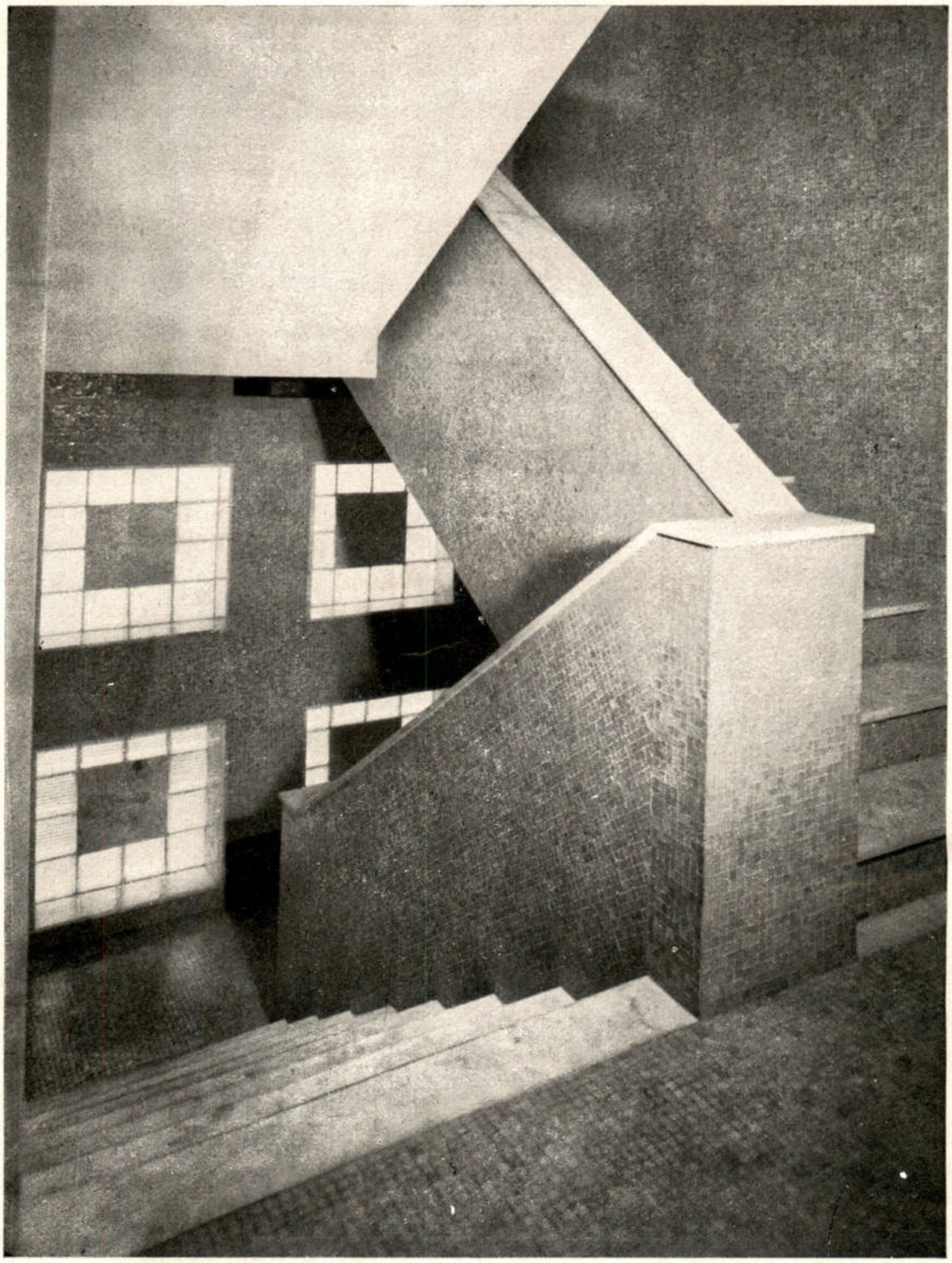
**CORPO MONOLÍTICO, SEM EMENDAS,** inteiramente soldado. Facilita a limpeza, protege a isolação térmica e as resistências elétricas.

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

EM EXPOSIÇÃO

## INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S.A.

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



Com a finalidade da obtenção de um material altamente decorativo que, além de estética, tivesse em consideração também as finalidades higiênicas e a vantagem econômica de nunca mais ter que dispender para manutenção destas partes do edifício, sujeitas normalmente a manchas e estragos, todos os lambris dêste prédio foram revestidos com

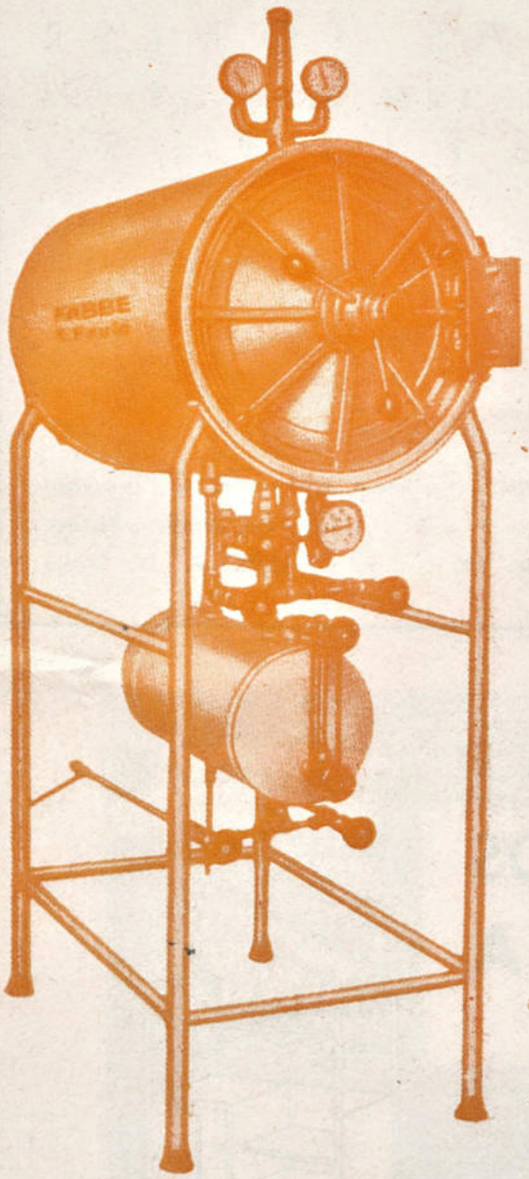
**MOSAICO VIDROSO**

# ''VIDROTIL''

VIDROTIL Indústria e Comércio de Vidros Ltda.
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 306 — Telefone: 35-5288 — SÃO PAULO

# AUTOCLAVE HORIZONTAL "FABBE" TIPO HOSPITALAR

**PARA ESTERILIZAÇÃO E SECAGEM DE TECIDOS E DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO**




As Autoclaves Horizontais "Fabbe" modêlo 104 são de construção moderna, preenchendo todos os requisitos das últimas **NORMAS APROVADAS PELO IPH**, que proporciona esterilização segura e perfeita.

- Dotado de Difusor de vapôr na câmara de esterilização
- Termometros com leitura da temperatura mínima de trabalho.
- Tampa de fechamento central, oferecendo manejo prático, rápido e seguro.
- Manômetro, válvula de segurança e manovacuômetro para controle das diversas operações de esterilização até a pressão de 1½ ATM., correspondente a 127°C efetivos.
- Gerador de vapor sob o corpo, podendo ser escolhido em quatro modalidades de funcionamento: — ELÉTRICO — A GAS — A VAPOR ou A QUEROSENE.
- Montada sôbre cavalete de ferro tubular, camisa externa em chapa de aço — manipuladores dos registros em material plástico isolante de calor — Acabamento externo a Duço com a tampa e acessórios niquelados.
- Apresentação de belo aspecto, constituindo unidade completa, pronta para entrar em funcionamento.

# SOC. FABBE LTDA.

**Rua Guaporé, 335 - Caixa Postal; 2.542 - Fone: 36-2017 - São Paulo**

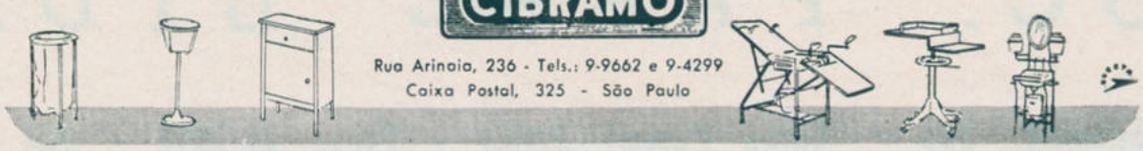
o colchão ideal para
CAMAS FOWLER
comprovado por vários
HOSPITAIS:

HOSPITAL STA. HELENA — GOIANIA
FAC. MEDICINA — RIBEIRÃO PRETO
MATERNIDADE SÃO PAULO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FÁBRICA: Rua Clélia 1619 a 1631 — Cx. Postal, 3350 — End. Tel.: Lancellotti
VENDAS: Rua 24 de Maio, 276 — 7.º andar — s/76 — Tel.: 34-9380 - 36-1641
EXPOSIÇÃO: Praça da República, 190 — Tel. 34-2278 — São Paulo

★ Pintura porcelanizada inquebrável, em virtude do tratamento de fosfatização.
★ Fabricação em tôdas as côres permitem dar ao ambiente hospitalar um aspecto moderno e acolhedor.
★ Montagem e acabamentos perfeitos eliminam qualquer ruido.
★ Estas qualidades já estão firmadas pelo uso dos Móveis Cibramo em todos os hospitais do Brasil.

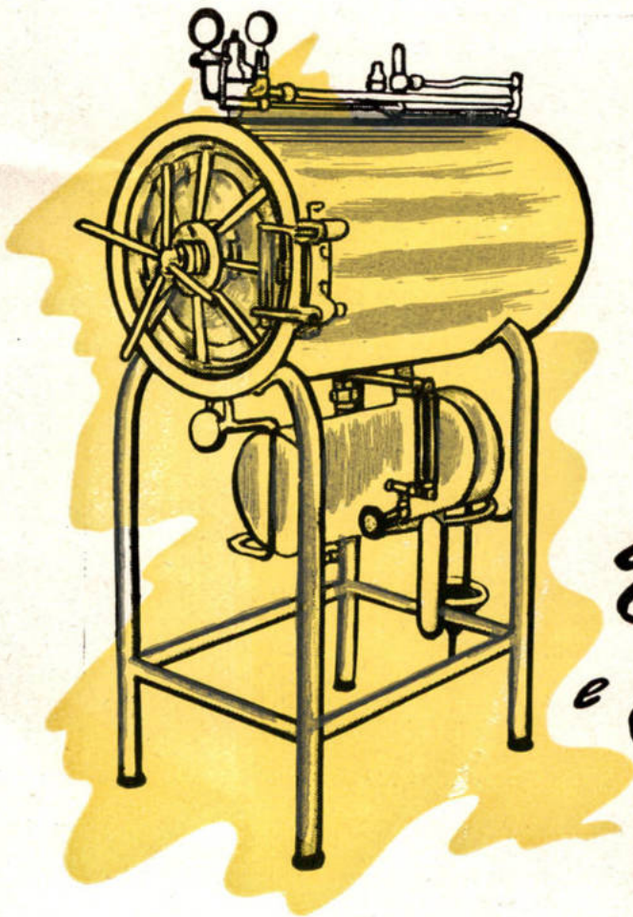
COMPANHIA BRASILEIRA DE MOVEIS DE AÇO
CIBRAMO



Rua Arinaia, 236 - Tels.: 9-9662 e 9-4299
Caixa Postal, 325 - São Paulo

# Autoclaves IBACLI

... o sucesso depende da confiança... e a "confiança" está na esterilização.



Eficiência e Segurança

**IBACLI S.A.**

INDÚSTRIA E COMÉRCIO

INDÚSTRIA BRASILEIRA DE APARELHOS CIENTÍFICOS

Rua Nicolau Ancona Lopes, 47-65 — Tel.: 32-1652 — End. Telegr.: IBACLI — SÃO PAULO

Quando
você compra
um apartamento
você compra também
o elevador

SCHINDLER 1874

exija
elevadores SCHINDLER

- *Segurança*
- *Suavidade*
- *Silêncio*
- *Melhor serviço de conservação*

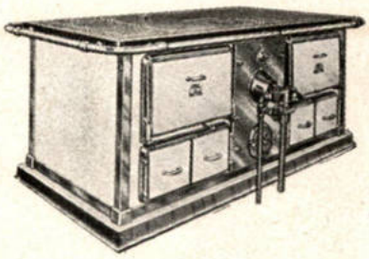
**ELEVADORES SCHINDLER DO BRASIL S. A.**

Rio: Av. Pedro II, 329 - Tel.: *54-2167 — S. Paulo: Rua Brigadeiro Galvão, 696-708 - Tel.: *52-9168

Representada em: Belém - Belo Horizonte - Blumenau - Curitiba - Florianópolis - Juiz de Fora - Manaus - Natal - Pôrto Alegre - Recife Salvador - Santos - São Luiz - Vitória

Record 32-021

Confie-nos a solução do seu problema de Cosinha!
Podemos resolvê-lo, técnica, econômica e satisfatóriamente
Projetos - Fornecimentos - Instalações



# Cosinhas Hospitalares

## e industriais para todos os combustíveis

- Fogões à óleo - Linha e Gás
- Caldeirões à Vapor
- Baterias Basculantes
- Máquinas para Copas de Preparação e Lavagem
- Caldeiras Geradoras de vapor de baixa e alta pressão
- Cafeteiras - Carros Térmicos
- Coifas - Exaustores
- Tubulações - Etc.

GERAL

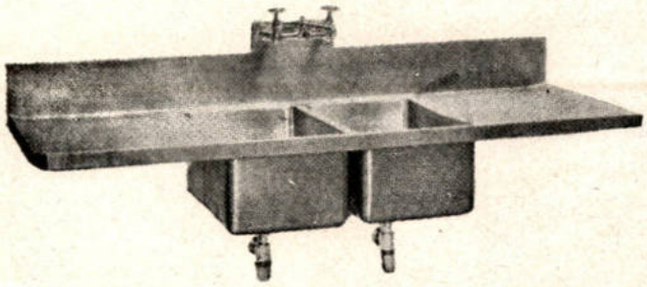
O FOGÃO DA ECONOMIA

Armando Brito & Cia. Ltda. - "Instaladora Geral"

R. Florêncio de Abreu, 252 - S. Paulo - fones: 35-7294 - 32-3681 - Telegr.: "ARBRITO"

# IRMÃOS SARTORIO LTDA.

Rua Salvador Leme, 374
Tel.: 34-9041 — S. PAULO



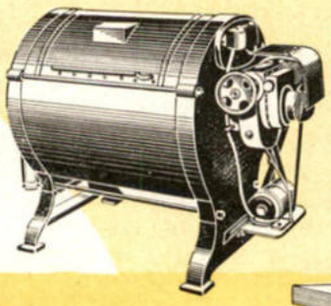
EQUIPAMENTOS EM AÇO INOXIDÁVEL

PARA COZINHAS DE HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS

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

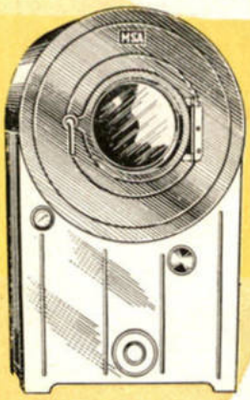
# Nossas Máquinas a serviço da Técnica Hospitalar

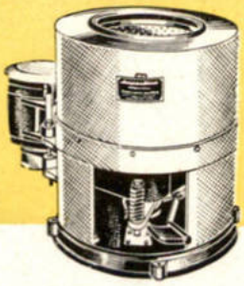
Industria especializada em Máquinas para LAVANDERIAS



**MAQUINA DE LAVAR**
– Reversão Mecânica –

**CALANDRA**





**TURBINA CENTRÍFUGA**
Basculante

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

## Máquinas Sto. André

ISSHIKI & CIA.

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

**FILIAL:**
Avenida Mem de Sá, 83
Fone 22-8294 – Rio de Janeiro

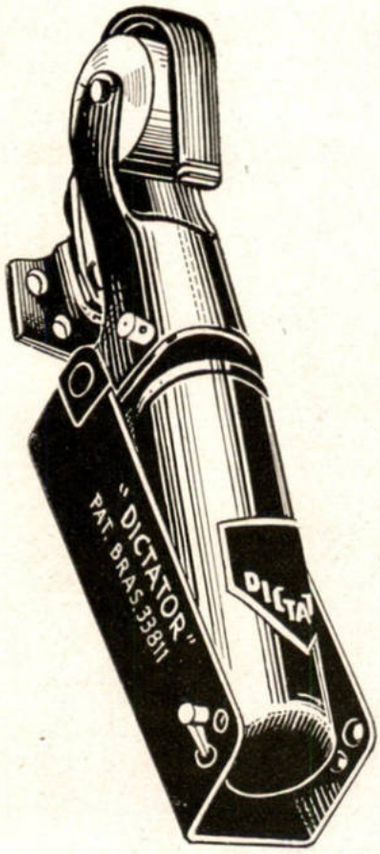
**FÁBRICA:**
Rua Dona Gertrudes de Lima, 302
Fone 469 (discar 066) – Sto. André

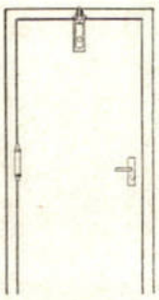
Representantes: Belo Horizonte - Salvador - Recife - Curitiba - Porto Alegre - Belem - Manaus - João Pessôa - Maceió - Fortaleza - Vitória - Florianópolis

# A Solução para Fecho de Portas Hospitalares

## DICTATOR

MOLA PARA PORTAS

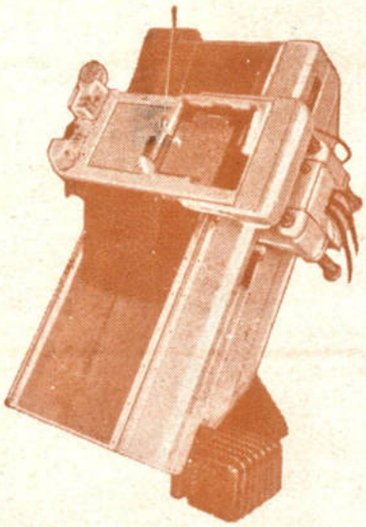


- Fecha uniformemente e amortece batidas
- Dispensa fecho ou trinco
- Nunca requer regulagem
- Funciona hidráulica e silenciosamente
- Permite abertura total de 180º
- Garantia e assistência permanente
- Acabamento cromado de luxo
- Acompanha dobradiça com mola

FABRICANTE E DISTRIBUIDR EXCLUSIVO:
MILTON DURVAL ROSSI

Rua Xavier de Toledo, 316
8.º andar — sala n.º 812
Fones: 36-2247 e 7-4283 — S. Paulo



# SIEMENS

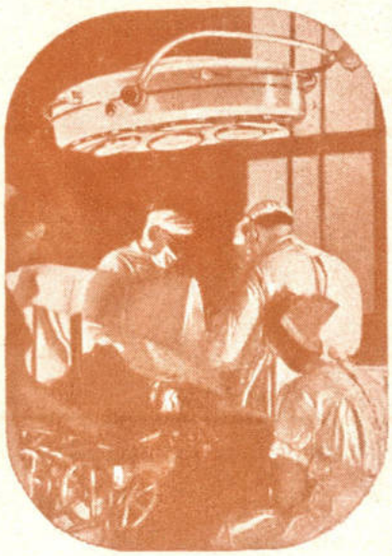
*Tradição de qualidade*

**APARELHOS DE RAIOS-X:**
de Diagnósticos e Terapia.

**APARELHOS DE FISIOTERAPIA:**
Ondas curtas Ultrasson, Bisturi elétrico, Eletrocardiógrafos, Eletroterapia, Eletrochoque, Ultra-Violetas, Infra-Vermelhos, etc.

**EQUIPAMENTO CIRÚRGICO:**
Instrumental — Esterilização — Mesas — Lâmpadas de operação — Aparelhos de anestesia — Incubadoras — Tendas de oxigênio — Móveis assépticos, etc.

**TODO EQUIPAMENTO HOSPITALAR!**
**GABINETES DENTÁRIOS!**



## CASA LOHNER S. A.

**MÉDICO-TÉCNICA**

Rua São Bento, 220 — Fone: 33-2175
Telegr.: "Renol" — São Paulo
**Matriz:** Rio — Av. Rio Branco, 133

**Filiais e Agências:** São Paulo, Londrina, Presidente Prudente, Baurú, Ribeirão Prêto, Uberaba, Goiânia, Pôrto Alegre, Blumenau, Curitiba, Belo Horizonte, Varginha, Vitória, Salvador, Maceió Recife, Fortaleza, São Luiz, Belém e Manáus.

L O J A S

RIO DE JANEIRO
Rua das Marrecas, 36-A
Telefones: 52-4795 e 42-4479

SÃO PAULO
Rua dos Andradas, 230
Telefones: 36-7994 e 36-4996

F Á B R I C A S

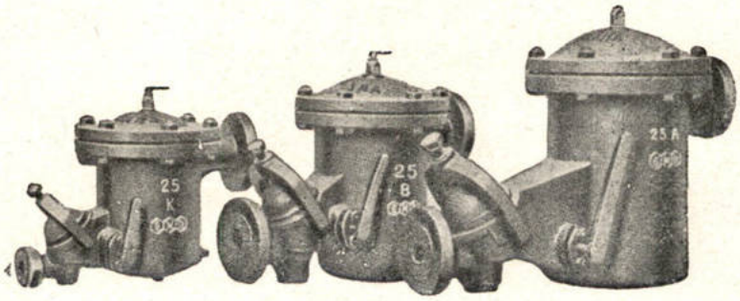
RIO DE JANEIRO
Rua Conselheiro Mayrink, 305
Telefone: 48-9165

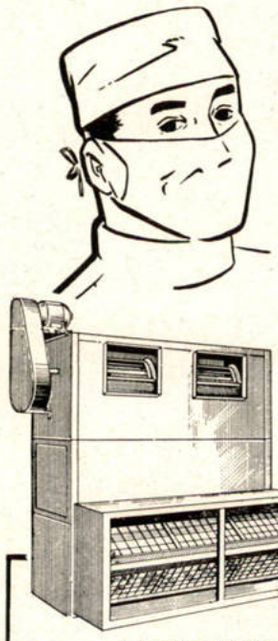
SÃO PAULO
Rua Édison, 769 — Piraquára
Telefone: 61-2016

# NIAGARA S/A - Comércio e Indústria

FABRICANTES E IMPORTADORES DE ASSESSÓRIOS PARA INSTALAÇÃO DE VAPÔR E ÁGUA EM GERAL

VÁLVULAS, REGISTROS CONEXÕES, PURGADORES MANÔMETROS, TERMÔMETROS, GACHETAS



Com AR CONDICIONADO os ares são outros!

São relevantes os serviços que o ar condicionado presta aos hospitais, casas de saúde e clínicas médicas

FABRICAMOS E PROJETAMOS

EQUIPAMENTOS PARA INSTALAÇÕES DE AR CONDICIONADO E REFRIGERAÇÃO DOMÉSTICA E INDUSTRIAL

VENTILADORES E REFRIGERAÇÃO ZAULI S/A

ENGENHEIROS • FABRICANTES • IMPORTADORES
RUA GARIBALDI, 521 a 539 - TEL. 51-9135 (RÊDE INTERNA) - SÃO PAULO
RUA MÉXICO, 41 - 7.º AND. - TELS. 52-8629 e 52-8826 - RIO DE JANEIRO

# CIVILIT - Produtos de cimento-amianto da mais alta qualidade

TUBOS PARA INSTALAÇÕES SANITARIAS E DOMICILIARES, CONEXÕES CAIXAS D'ÁGUA E TELHAS ONDULADAS

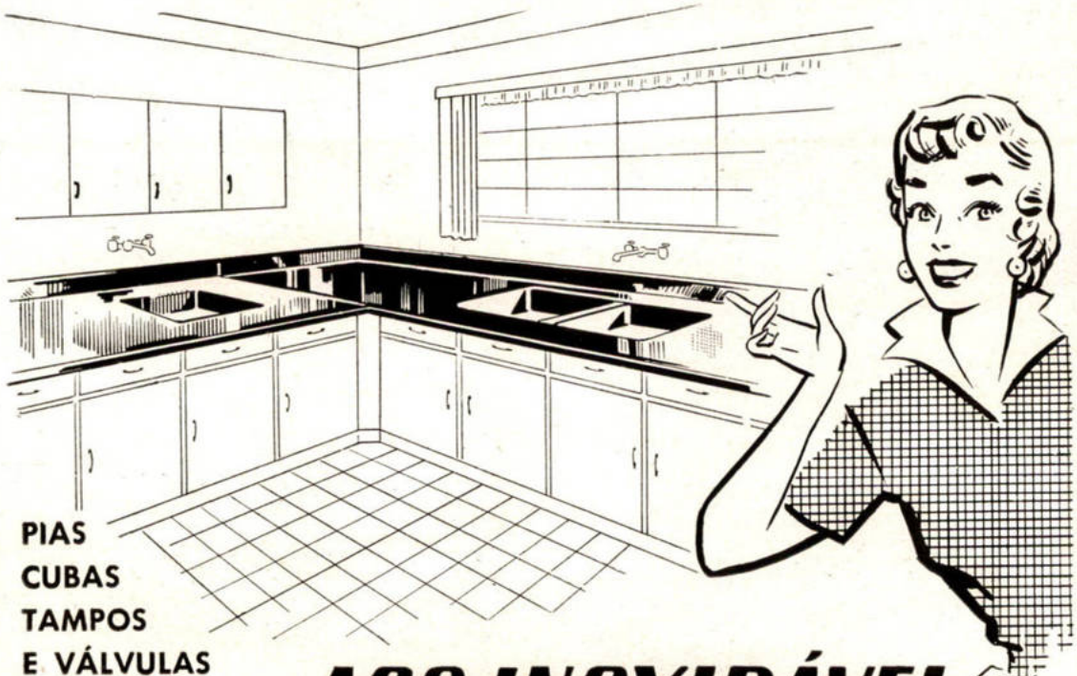
TUBOS DE PRESSÃO PARA CANALIZAÇÃO DE ÁGUA

**Sede:**
Rua São José, 90 - 7.º andar — Rio de Janeiro

**Departamento de Vendas em São Paulo:**
R. Florêncio de Abreu, 157 - 1.º and. - conj. 106
Telefone: 36-7467

**Depósito em São Paulo:**
Rua Labatut, 743 — Telefone 63-4339

# NOS HOSPITAIS MODERNOS



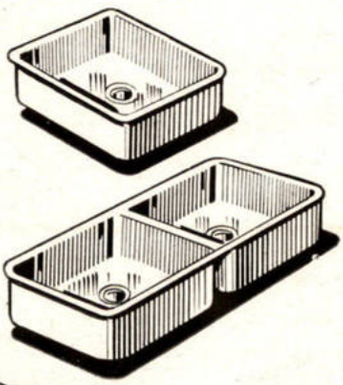
**PIAS**
**CUBAS**
**TAMPOS**
**E VÁLVULAS**

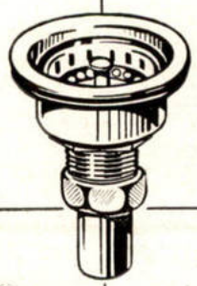
tudo de ***AÇO INOXIDÁVEL***

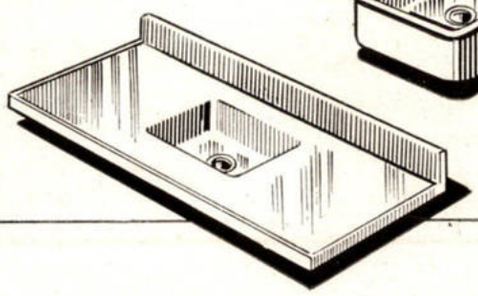
**HIGIENE INCOMPARÁVEL**
Beleza extraordinária

**NÃO LASCA**
Ecônomia pela durabilidade infinita

**NÃO ENFERRUJA**
Evita a quebra de louça







CASA INOXIDÁVEL
IND. BRASILEIRA

**CASA INOXIDÁVEL — Artefatos de Aço Ltda.**
**Avenida Presidente Wilson, 210 — 3.o andar**
**Fone: 22-8733 - caixa postal, 4581 - Rio de Janeiro**

**Representante geral para o Estado de São Paulo, Norte do Paraná, e Sul de Minas Gerais:**

**SOCIEDADE INDUSTRIAL COMERCIAL DE AÇOS BULKA LTDA.**

**RUA REGO FREITAS, 448 — FONE: 35-5587 — S. PAULO**

# Como a terra, o organismo humano precisa ser revitalisado...

Flexamina

amino ácidos

vitaminas

sais minerais

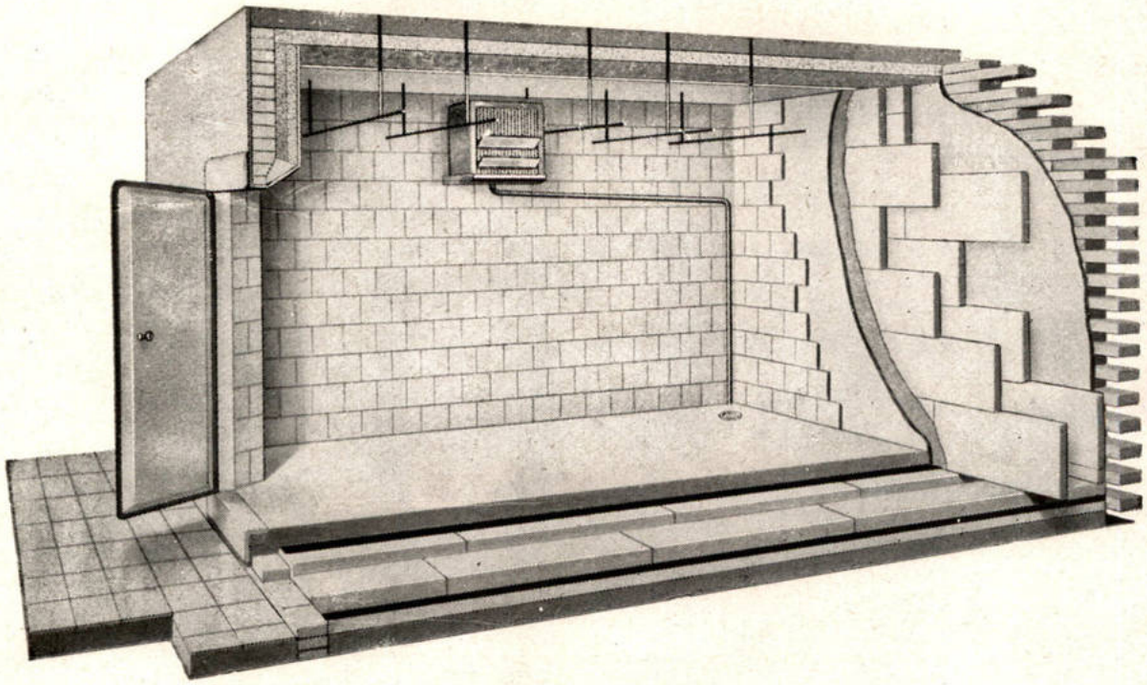
Nos estados de carencia
Nas convalescencias
Como complemento alimentar
Nas avitaminoses
Na senilidade
Como tônico geral

Climax

LABORATÓRIO CLÍMAX S. A.

SÃO PAULO

# Câmaras Frigoríficos "CAMPOSALES"



**EXIJAM QUALIDADE TÉCNICA NA CONSTRUÇÃO DA CÂMARA**

A construção de uma câmara frigorífica exige material adequado e — o que é mais importante — conhecimentos técnicos especializados "CAMPOSALES" dispõe de todos os recursos técnicos e materiais para a construção de câmaras para carnes, aves, ovos, laticínios, peixes, bem como para hospitais quartéis, escolas, maternidades etc.

Solicitem orçamentos

**Alguns Hospitais aos quais Campos Salles S.A. forneceu Câmaras Frigoríficas:**

Penfigo Foliáceo

Hospital São Luiz Gonzaga — Jaçanã

Hospital Miguel Pereira — Mandaquí

Hospital Santa Helena

Hospital Tuberculosos — Santa Rita Passa Quatro

Hospital Infantil de Indianopolis

Maternidade Paulista

Hospital Sorocabana — São Paulo

Hospital Sorocabana — Botucatú

Casa Maternal Leonor Mendes de Barros

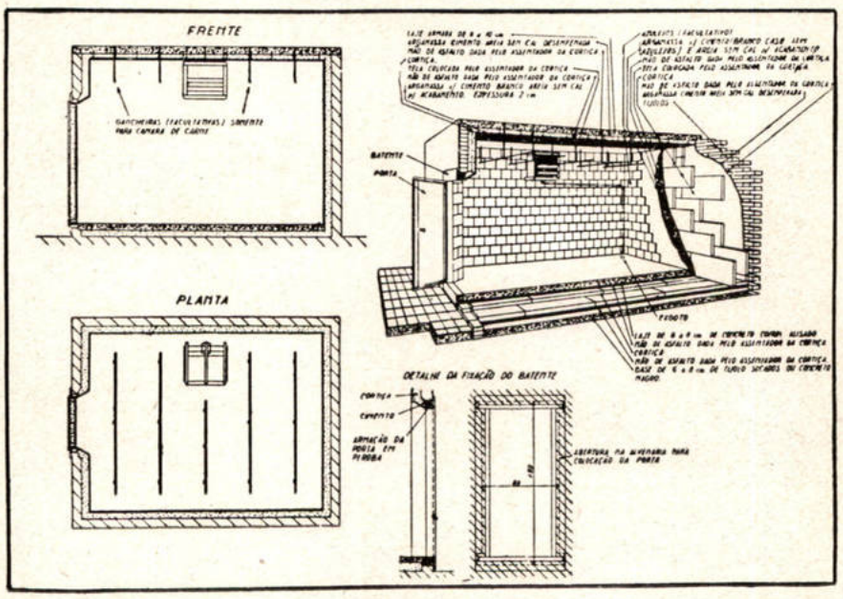
Hospital Santa Edwiges

Sanatório Padre Bento — Gopoúva

Maternidade de São Paulo

Hospital Infantil Morumbí

Hospital do Juquerí




# CAMPOS SALLES S. A.

**Acessórios para Refrigeração - Válvulas - Controles de Temperatura - Conexões - Canos de Cobre - Óleos - Gazes - Gavetas - Correias em V - Secadores Registros - Sanfonas**

**INDÚSTRIA E COMÉRCIO**
**Fabricantes de Refrigeração Doméstica, Comercial e Câmaras Frigoríficas**
**SÃO PAULO**

**Compressores Frigoríficos - Bases - Condensadores - Evaporadores Domésticos e Comerciais - Chaves Elétricas - Ferramentas Manuais - Motores Elétricos - Peças para Reposição**

**SÉDE: Rua General Júlio M. Salgado, 78 — TELEFONES: 51-2171 - 51-2172 - 51-2173 - 51-5146 - N o de Inscrição 122.702**
**FÁBRICAS: R. Felix Guilhem, 1268** (Lapa) **- Fone 5-0229 - Inscr. 256.309 - R. dos Camarés, 150** (Carandirú) **- Fone 3-8804**
**Inscrição 320.299 — Endereço Telegráfico: "CAMPOSALES"— Caixa Postal, 2979**

# P R O D U T O S

## RALF & WAGNER

Revestimentos para hospitais e consultórios

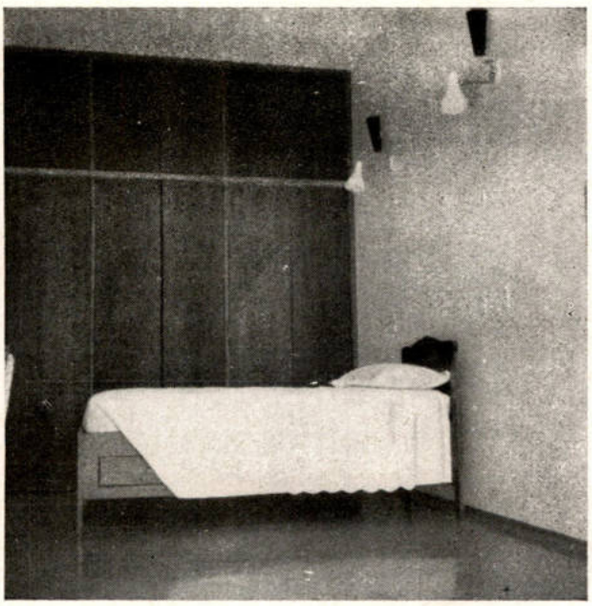
PISOS - plásticos sem emendas

PISOS E PAREDES POLIPLAST LTDA.

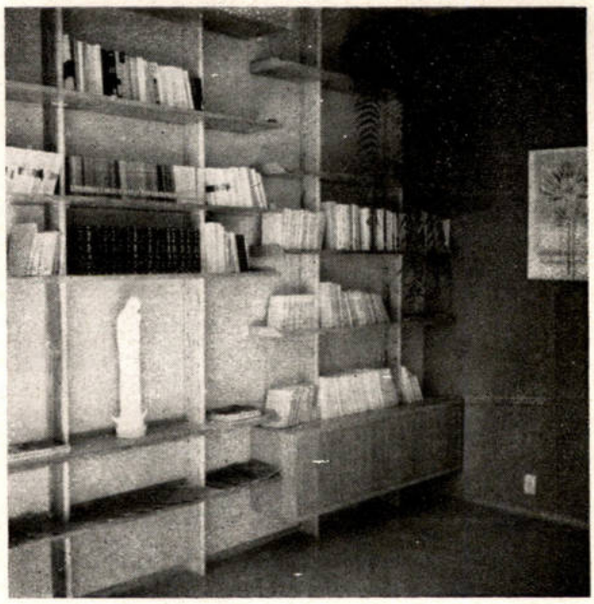
Rua Catequese, 92

Butantã - São Paulo

# POLIPLAST



LINOLEO - plástico lavável de duração infinita

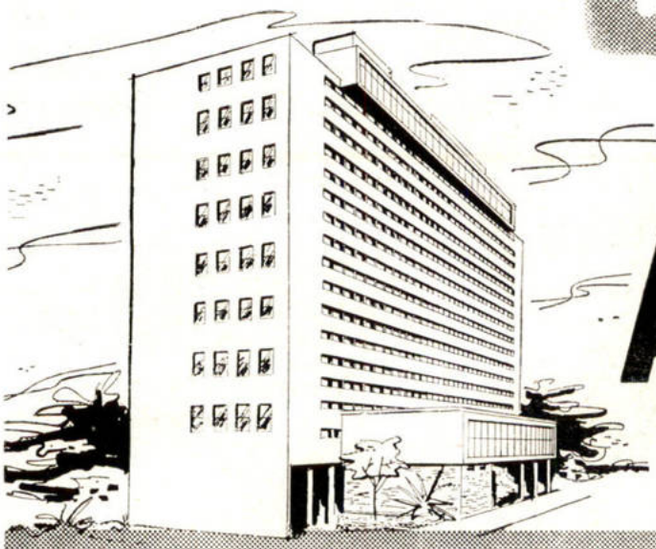


Consultor Técnico:

EVALDO BOLM

Telefone: 61-8533

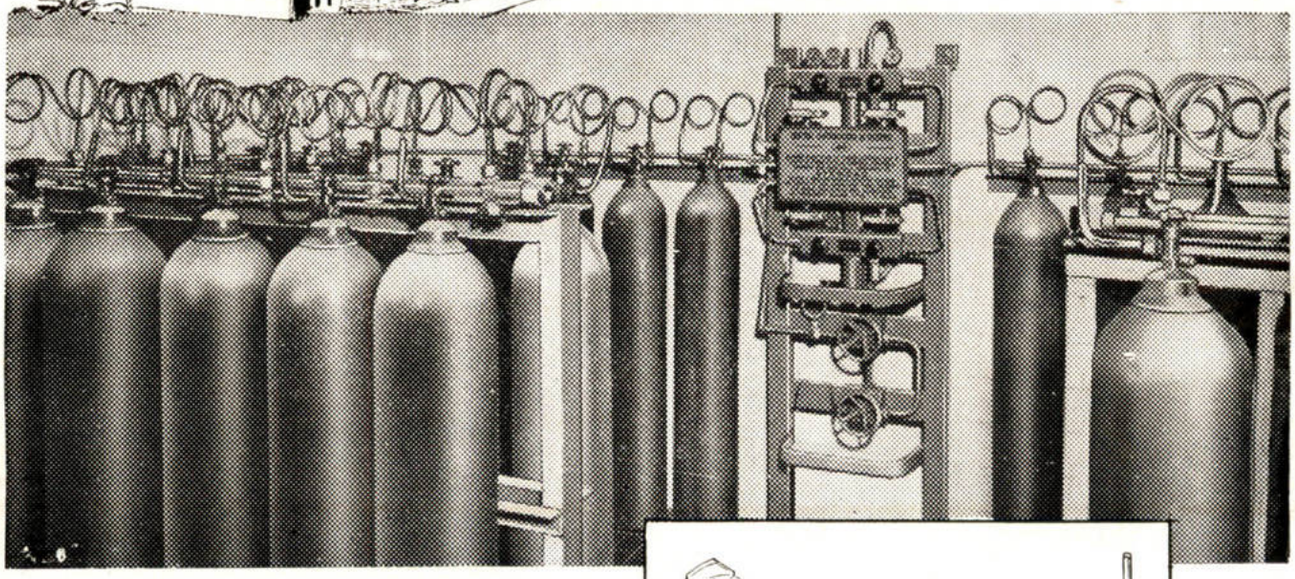
# Representada em 39 PAÍSES DO MUNDO



# AGA

presta inestimáveis serviços no salvamento de preciosas vidas humanas.

**CENTRAIS E EQUIPAMENTOS DISTRIBUIDORES DE OXIGÊNIO – OXIDONITROSO – VÁCUO**



*CENTRAL AGA – de 60 tubos com 110 tomadas, instalada no Hospital do Combate ao Cancer – São Paulo*

Contribuindo para melhor eficiência dos serviços hospitalares, através do rápido e contínuo suprimento de gases medicinais em todos os quartos, a AGA tem instalado centrais e equipamentos distribuidores de oxigênio, oxidonitroso e vácuo nos modernos hospitais do Brasil e do mundo inteiro, atestando, dessa maneira, a alta qualidade dos produtos de sua fabricação, plenamente garantidos por 50 anos de experiência técnica.

**Para informações e orçamentos, consultem-nos sem compromisso!**

*Nossos técnicos estão às suas ordens*

## COMPANHIA AGA PAULISTA DE GÁS ACUMULADO

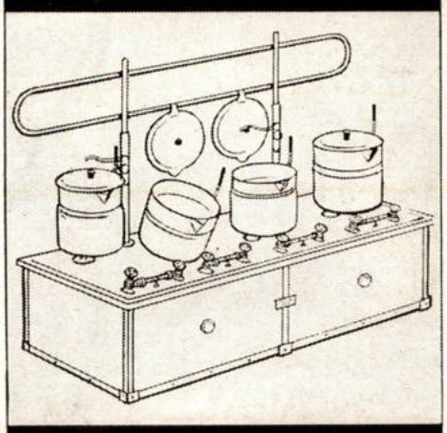
**Matriz – SÃO PAULO**
Rua Pres. Costa Pereira, 557
Tel.: 36-7154 - Caixa Postal 3214
End. Telegráfico "Agapaulista"

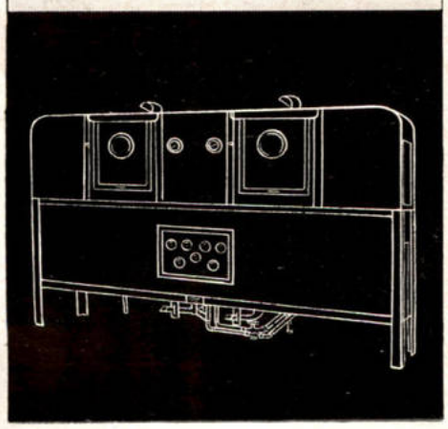
**Filial – RIO DE JANEIRO**
Av. Brasil, 8201
Tel.: 30-9846 – Cx. Postal 1823
End. Telegráfico "Bragafaros"

**Filial – RECIFE**
Rua Velha, 56 - Tel.: 6181 – Caixa Postal 2361

**Filial – JUÍZ DE FORA**
Rua Hipólito Caron, 22 – Tel.: 4745
Caixa Postal 131 – End. Telegr. "Agaminas"

# NOS MAIS MODERNOS HOSPITAIS, WALLIG





está sempre presente

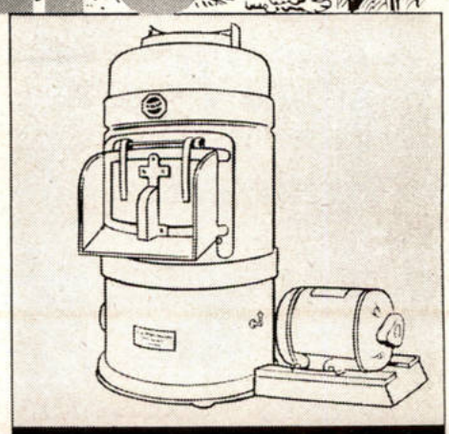
Cozinhas completas,
fogões, caldeirões,
máquinas de lavar louça
e copos,
baterias basculantes,
máq. de descascar batatas
e máq. de moer carne.

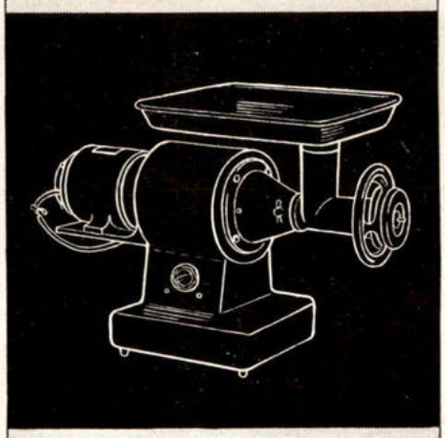
Informações e Orçamentos

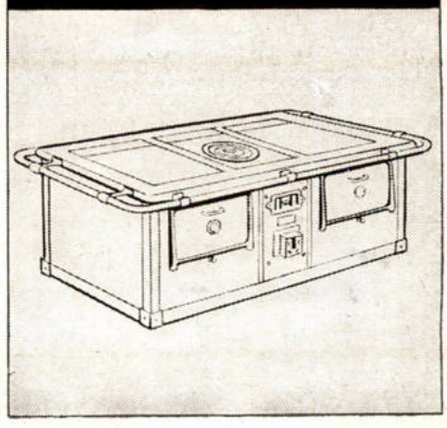
**METALÚRGICA WALLIG S. A.**

Matriz:
R. Voluntários da Pátria, 2213
C. P., 444 - Pôrto Alegre - Rio Grande do Sul

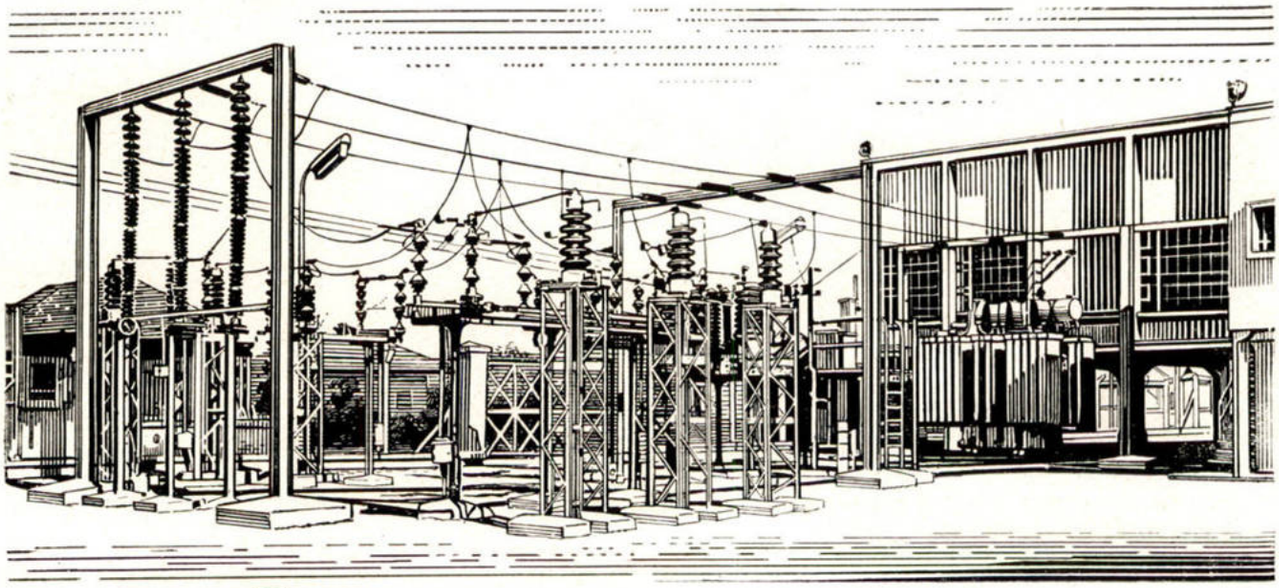
Filiais:
**S. Paulo - R. Xavier de Toledo, 105 - 4.° and.**
Curitiba - Rua Lourenço Pinto, 219
Rio de Janeiro - Rua Uruguaiana, 141
Belo Horizonte - Av. do Contôrno, 459
Recife - Cais de Santa Rita, 396
Bolívia - La Paz







# Qualidade Tradicional na Indústria Nacional



## Subestações

BROWN BOVERI

(CÍRCULO DE CONFIANÇA)

Atendemos prontamente quaisquer consultas sôbre a instalação de SUBESTAÇÕES COMPLETAS, abrigadas ou ao ar livre.

**INDÚSTRIA ELÉTRICA BROWN BOVERI S. A.**
FÁBRICA - OSASCO - SÃO PAULO

*Consultas e vendas:*

**BROWN, BOVERI S. A.** (Representações)

Rio de Janeiro - Av. Erasmo Braga, 227 - 9.º - Tel.: 52-0764 e 52-0766
São Paulo - Rua Pedro Américo, 68 - 11.º - Tel.: 37-1197
Pôrto Alegre - Rua Uruguay, 155 - 13.º - S. 1301 - Tel.: 8334
Recife - Av. Dantas Barreto, 564 - S. 1102 - Tel.: 6318

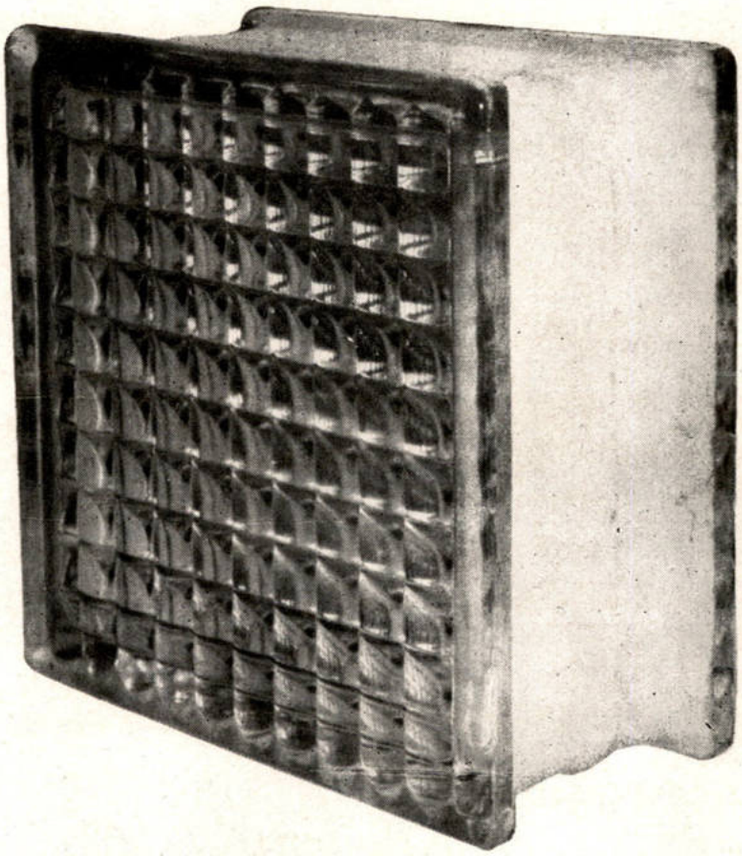
Representantes em todo o Brasil

***Nosso programa de fabricação***

- *Geradores para turbinas hidráulicas até 80.000 kVA*
- *Transformadores trifásicos até 50.000 kVA, 220.000 V*
- *Transformadores monofásicos em grupos trifásicos até 150.000 kVA, 220.000 V.*
- *Transformadores de corrente até 220.000 V.*
- *Transformadores de tensão até 220.000 V.*
- *Disjuntores a ar comprimido até 220.000 V.*

# Agora Fabricados no Brasil

# Unicos Fechados a Vácuo



TIPOS:
CROSS RADDLED
CANELADO

Secção Especializada em Fornecimento e Colocação de Vidros Cristais e Espelhos

## Casa Bellini de Vidros Ltda. - Comercio e Industria

**Rua 12 de Outubro, 194 — Fones: 5-0828 e 5-0563**

**SÃO PAULO**

# AZEVEDO & TRAVASSOS S. A.

ENGENHARIA, CONSTRUÇÕES E COMERCIO

R. LÍBERO BADARÓ, 595 - 4-o ANDAR - FONE: 3451 78 - END. TELEGRÁFICO - "AZTRAVA" - SÃO PAULO

O IMPERMEABILIZANTE

**VEDACIT**

MARCA REGISTRADA

DE AÇÃO PERMANENTE

USADO COM GRANDE ÊXITO NAS

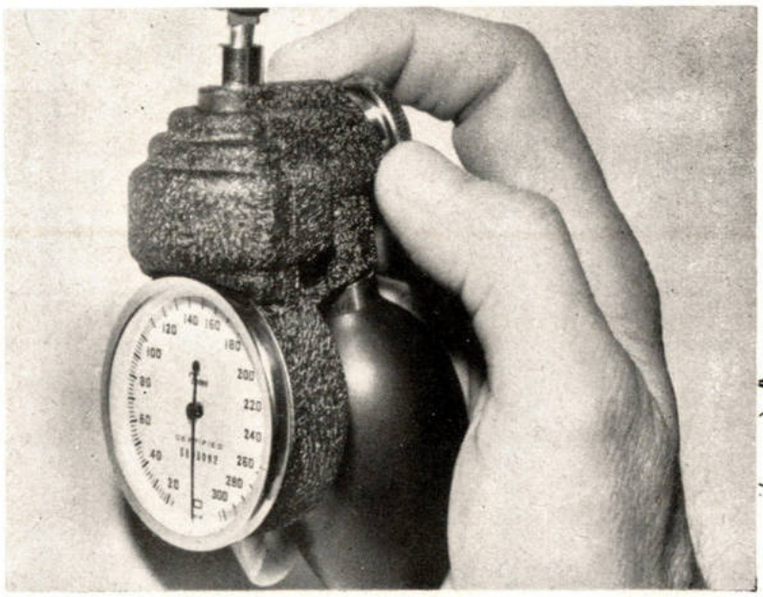
IMPERMEABILIZAÇÕES DE ALICERCES,

PAREDES ÚMIDAS, CAIXAS DÁGUA, etc.

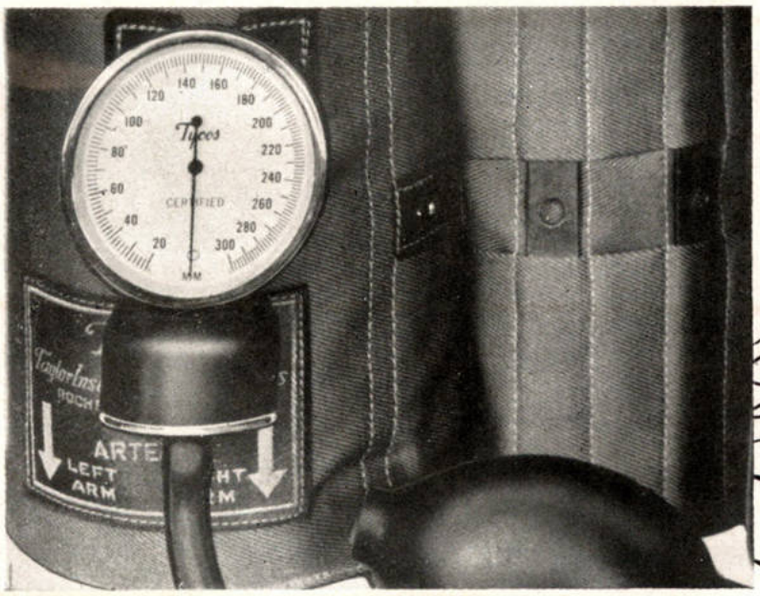
# OTTO BAUMGART Ind. Com. S. A.

RUA CARLOS DE SOUZA NAZARETH, 53 — TELS.: 32-7280 e 35-2426 — SÃO PAULO

# PARA USO EM CLÍNICAS DE



# REPOUSO E ROTINA HOSPITALAR



## Um aparelho *Tycos*® de Pressão Arterial para cada finalidade hospitalar

**Para clínicas de repouso,** é recomendado o TYCOS Modêlo Portátil, porque o mostrador é rápida e fàcilmente desligado da braçadeira. A enfermeira deixa a braçadeira no paciente... leva consigo apenas o mostrador.

**Para uso rotineiro** em hospitais, pode ser preferido o Modêlo de Bôlso, porque o mostrador fica preso à braçadeira. As possibilidades de danos por quedas acidentais são reduzidas ao mínimo.

***Peça-os em seu fornecedor de Material Cirúrgico***

*Taylor Instruments* **SINÔNIMO DE PRECISÃO EM PRIMEIRO LUGAR**

Rochester, N. Y. EUA.

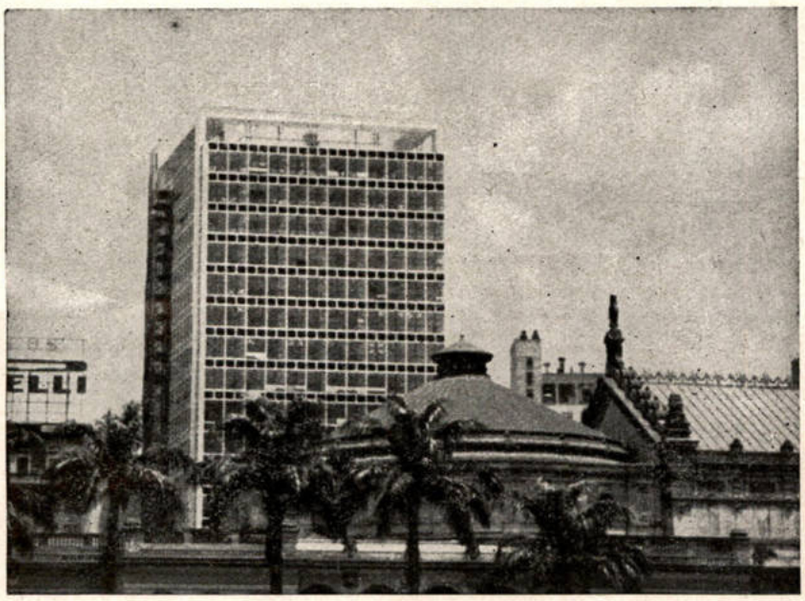
a Base é sua segurança

ENGENHARIA
DE
FUNDAÇÕES
S/A

# FERRAGENS HOSPITALARES

nos grandes empreendimentos as fechaduras

estão presentes



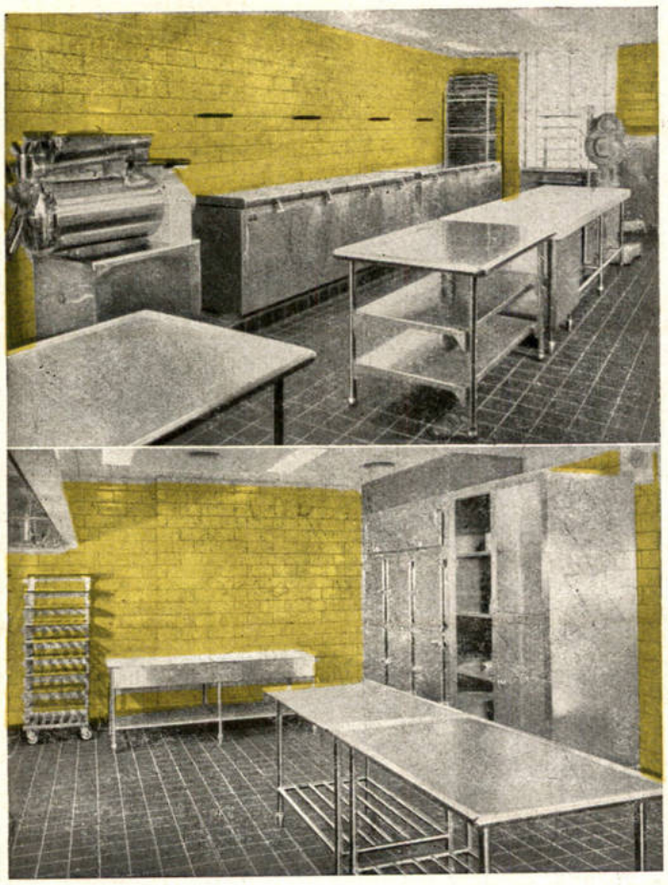
Palácio do Comércio — São Paulo. Projeto: Arq. Lucjan Korngold
Construção: Escr. Técnico Lucjan Korngold.

## METALURGICA SÃO NICOLAU S. A.

Fábrica, Exposição e Vendas: Rua Otto de Aiencar, 315 - Fone: 33-1429 - Caixa Postal 15153 - Endereço Telegráfico "Joniro" - São Paulo

Representantes: EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL

# VAI CONSTRUIR UM HOSPITAL?



APLIQUE

- Berçários
- Salas Cirúrgicas
- Cozinhas
- Lavandarias
- Fachadas
- Sanitários
- Câmaras Frigoríficas
- Reservatórios

PORQUE resiste ao ataque com álcoois, ácidos e alcalis, choques, atritos e intempéries — É isolante térmico-acústico, econômico e de durabilidade ilimitada.

AMPLAMENTE usado nos maiores hospitais dos Estados Unidos e Europa, aprovado e recomendado pelas autoridades e aplicado no Rio de Janeiro, 3.ª cadeira de Cirurgia da Universidade de Medicina do Brasil.

REVESTIMENTO IDEAL PARA: paredes internas e externas, com placas GRESSIT esmaltadas em lindas côres fôscas, mates e brilhantes; e pisos, com placas GRESSIT ANTI-ÁCIDO ou GRESSIT INDUSTRIAL

EM PLACAS LISAS OU ONDULADAS

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S - 1 | — | 120 | x | 245 | x | 16 | mm |
| U - 1 | — | 120 | x | 120 | x | 16 | mm |
| E - 1 | — | 57 | x | 120 | x | 16 | mm |
| M - 1 | — | 57 | x | 245 | x | 16 | mm |
| F - 1 | — | 37 | x | 245 | x | 16 | mm |

**Fabricantes exclusivos para a América do Sul**

## GRESSIT S/A Indústria e Comércio

RUA BOA VISTA, 208 — 1.º ANDAR — SALA 107/9 — TELEFONE: 35-6553 — SÃO PAULO

REPRESENTANTES:

RIO DE JANEIRO: Rocha S/A. Avenida 13 Maio, 23 — 5.º — S/534
PÔRTO ALEGRE: Rodolfo Gehrs & Cia. Ltda. — Rua Uruguai, 91 — s/310 — Fone: 6462
BLUMENAU: Administradora Comercial S/A. — Trav. 4 de Fevereiro, 97 — Fone: 1127
CURITIBA: Revimp Ltda. — Rua Cabral, 18
SALVADOR: Brandão Filho S/A. — Rua Pinto Martins, 11 — 2.º andar
RECIFE: H. Cysneiros de Menezes — Rua Ulhoa Cintra, 122 — 1.º andar — Fone: 1077
BELO HORIZONTE: W. E. Knfeli — Av. Olegário Maciel, 1177 — Fone: 4-1608
Fábrica em GUARULHOS — Estado de São Paulo

# S. A. BRASILEIRA DE FUNDAÇÕES

## "SOBRAF"

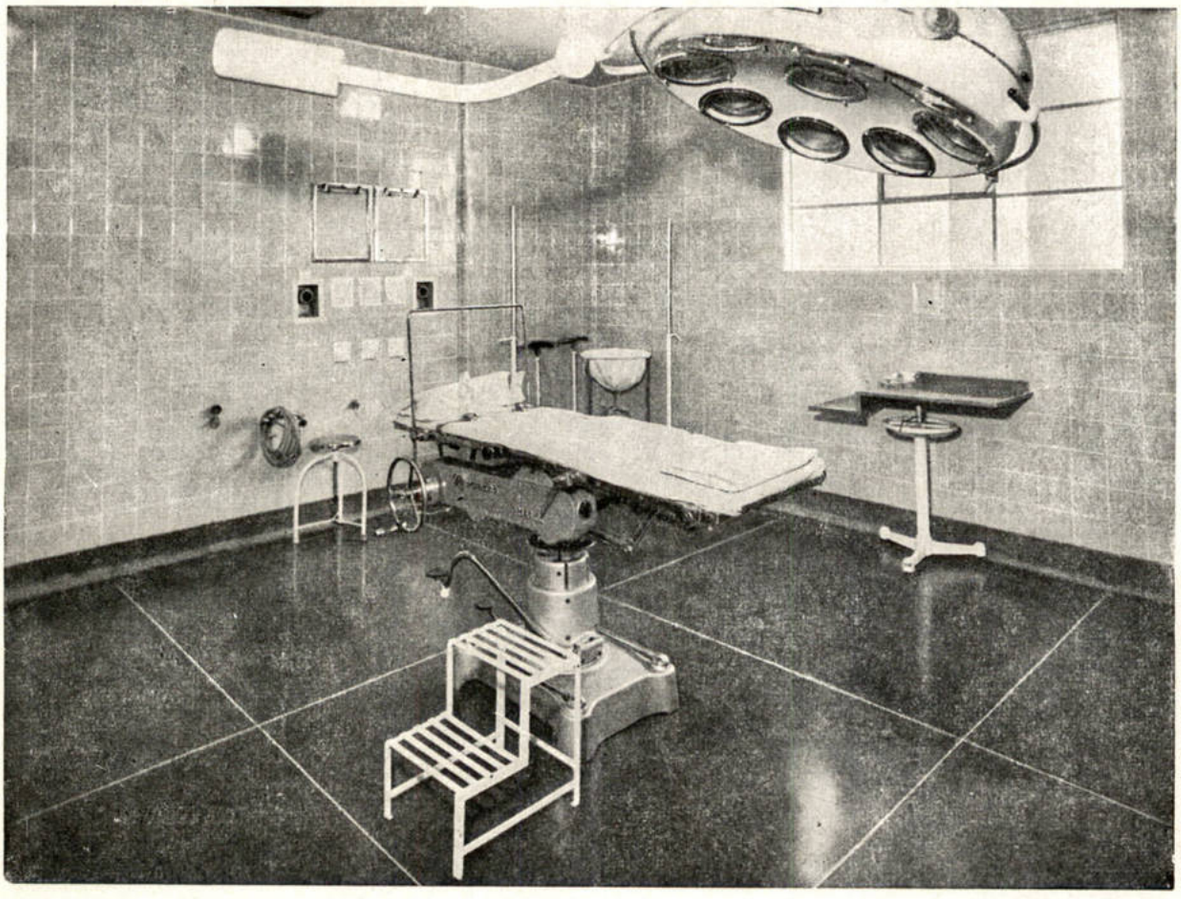
EDIFÍCIO A. C. M. — ASSOCIAÇÃO CRISTÃ DE MOÇO
Rua Nestor Pestana, 147 — Construtora Paulistana S. A.

**Estuda, projeta e executa fundações de acôrdo com a natureza do terreno e gênero da obra**

- Sondagens
- Estudo do Sub-Solo
- Estaqueamentos
- Tubulações

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

OS **PISOS CONDUTIVOS** DAS SALAS DE OPERAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO, FORAM EXECUTADOS PELA

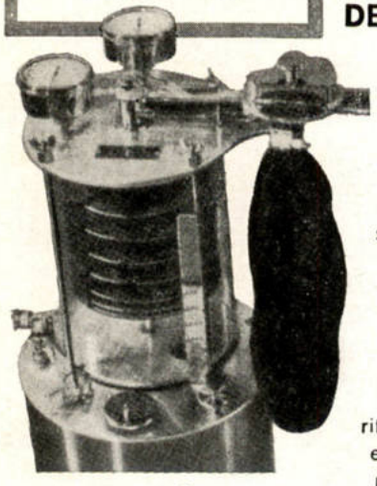


**LAGRART SA**

LAVAPÉS
426-444
S. PAULO
36-4528

**ASSISTENTE CONTROLADOR EMERSON**

**FORNECE QUATRO TIPOS DE RESPIRAÇÃO!**



O NOVO Assistente-Controlador EMERSON é uma unidade independente que pode ser ligada a qualquer máquina de anestesiar standard. Como ASSISTENTE, o Emerson acompanha o ritmo de respiração do próprio paciente. Como CONTROLADOR, substitui e respira ritmadamente pelo paciente apnéico. As respirações podem ser de PRESSÃO MÁXIMA ou de VOLUME MÁXIMO... uma só máquina fornece êsses quatro tipos de respiração.

Southern OXYGEN Company ®

**ESCREVA HOJE, PEDINDO FOLHETOS E PREÇOS!**

*Outros produtos Emerson*

250 West 57th Street, New York 19, N. Y., U.S.A.

**Depto. de Exportação da J. H. EMERSON CO.**

**Distribuidores em todos os países da América Latina.**

# MAGNETIZER

aparelho de ondas magnéticas ultra-longas para tratamento fisioterápico, fabricação japonêsa, patenteado em principais países como: Japão, Inglaterra, Estados Unidos, França, Bélgica, Suiça e Brasil.

indicado para:

| | |
|---|---|
| A S M A | ULCERA GÁSTRICA |
| BRONQUITE | REUMATISMO |
| SINUSITE | IPERTENÇÃO ARTERIAL |

e outros males, principalmente casos crônicos, conforme experiências realizadas e comprovadas em estabelecimentos hospitalares de São Paulo e Rio de Janeiro

Prospectos e demonstração com:

Distribuidores exclusivos:

IMPORTADORA O-MI LTDA.
Rua Santa Tereza, 28
11.o andar — s/ 1107/09
— SÃO PAULO —

ladrilhos esmaltados a "GRAN-FUOCO"

PISOS — PAINEIS — REVESTIMENTOS INTERNOS E EXTERNOS

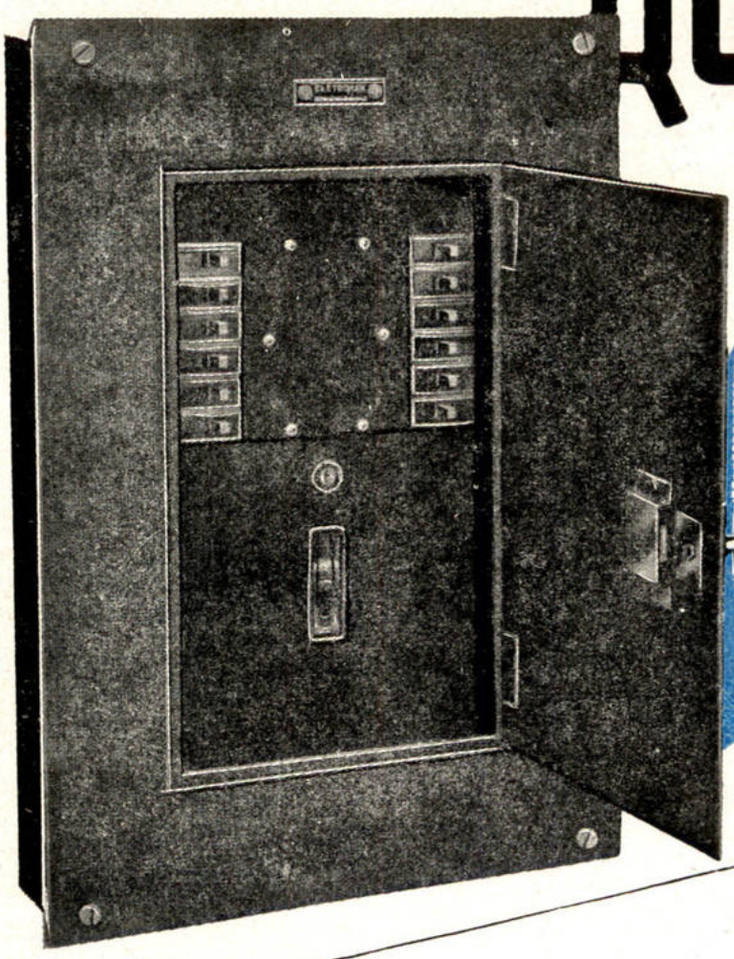
**CERAMICA ALABARDA**

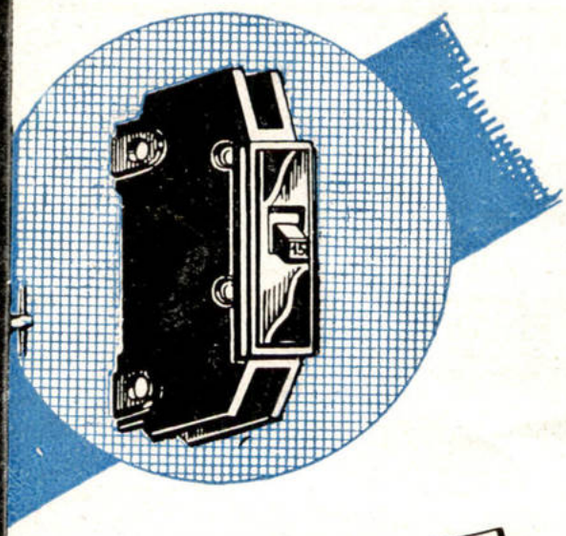
**Rua Albuquerque Lins, 1151 - Fone: 51-7480 - São Paulo**

# Quadros de distribuição

# QUICKLAG

LICENÇA **Westinghouse**





Quadros e Centros de distribuição "QUICKLAG" para circuitos de iluminação, com disjuntores automáticos "Quicklag" 1 pólo, 15 a 50 Ampéres, 125 Volts, C. A. de proteção termo-magnética conjugada, **licença Westinghouse,** montados em bases especiais de baquelite, com paredes de separação entre as barras conectoras de cobre.

Os quadros que são fornecidos com ou sem chave geral, vem sob forma de embutir (montagem saliente a pedido), e são feitos com chapas de ferro n.º 16, com trinco, fechadura, espêlho, placa aparafusada para perfuração das saídas dos eletrodutos, e uma barra de ligção de cobre, com bornes para fio neutro. Barramento total de cobre. Acabamento em tinta cinza.

ELETROMAR S.A

# ELETROMAR

INDÚSTRIA ELÉTRICA BRASILEIRA S/A

SÃO PAULO — Rua Marquês de Itú, 282/284 — Fones: 36-2745 - 35-4524
RIO DE JANEIRO — Estrada Velha da Pavuna 105 — Fone: 30-9860

# WALTER S. A.

EQUIPAMENTO MÉDICO — HOSPITALAR — DENTÁRIO

E S T U D O S

P R O J E T O S

I N S T A L A Ç Ó E S

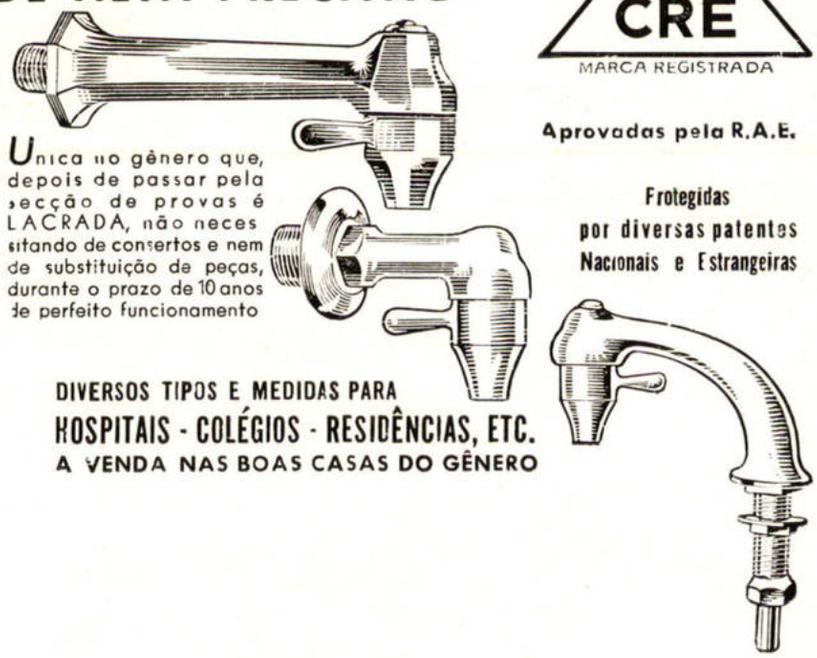
H O S P I T A L A R E S

RUA CAPITÃO SALOMÃO, 59 — CAIXA POSTAL 4173 — TEL. 34-0691 - 35-1568 — SÃO PAULO

PARA SUA CASA EXIJA AS FAMOSAS

# TORNEIRAS

DE ALTA PRECISÃO



CRE

MARCA REGISTRADA

S. A. Indústrias Metalurgicas "Cre"

Aprovadas pela R.A.E.

Protegidas por diversas patentes Nacionais e Estrangeiras

Unica no gênero que, depois de passar pela secção de provas é LACRADA, não necessitando de consertos e nem de substituição de peças, durante o prazo de 10 anos de perfeito funcionamento

DIVERSOS TIPOS E MEDIDAS PARA

HOSPITAIS - COLÉGIOS - RESIDÊNCIAS, ETC.

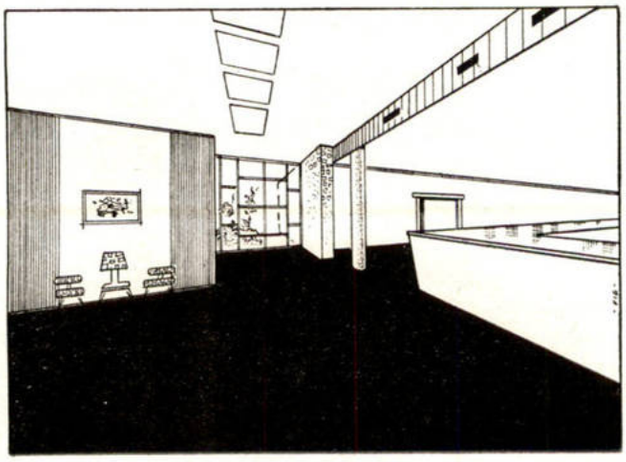
A VENDA NAS BOAS CASAS DO GÊNERO

Rua Prudente de Morais, 150 - (Brás)

Fones: 32-9201 e 37-7999

SÃO PAULO





PISO-TEX PAUCOPLAST

São os modernissimos revestimentos plásticos venílicos, em cores agradáveis, sem juntas e emendas para pisos e paredes em hospitais, sanatórios, casas de saúde, maternidades, clínicas etc.

São higiênicos, inodoros, laváveis, com água e sabão, inalteráveis, resistentes e fácil de conservar.

FABRICAMOS E APLICAMOS

Peçam orçamentos!

Indústria de Impermeabilizantes Paulsen S.A.

Rua México, 3 - 2.º - C. P. 595
Fones: 52-2425, 52-8322, 52-7918
Rio de Janeiro

Rua Brig. Tobias, 356
6. - Tel. 34-5709 - s/63
Sao Paulo



REVESTIMENTO DE CHUMBO PARA SALAS DE RAIO X

Tinco

INSTALAÇÕES P/ INDÚSTRIA DE PRODUTOS QUÍMICOS

REVESTIMENTOS DE TANQUES P/ ÁCIDOS EM GERAL

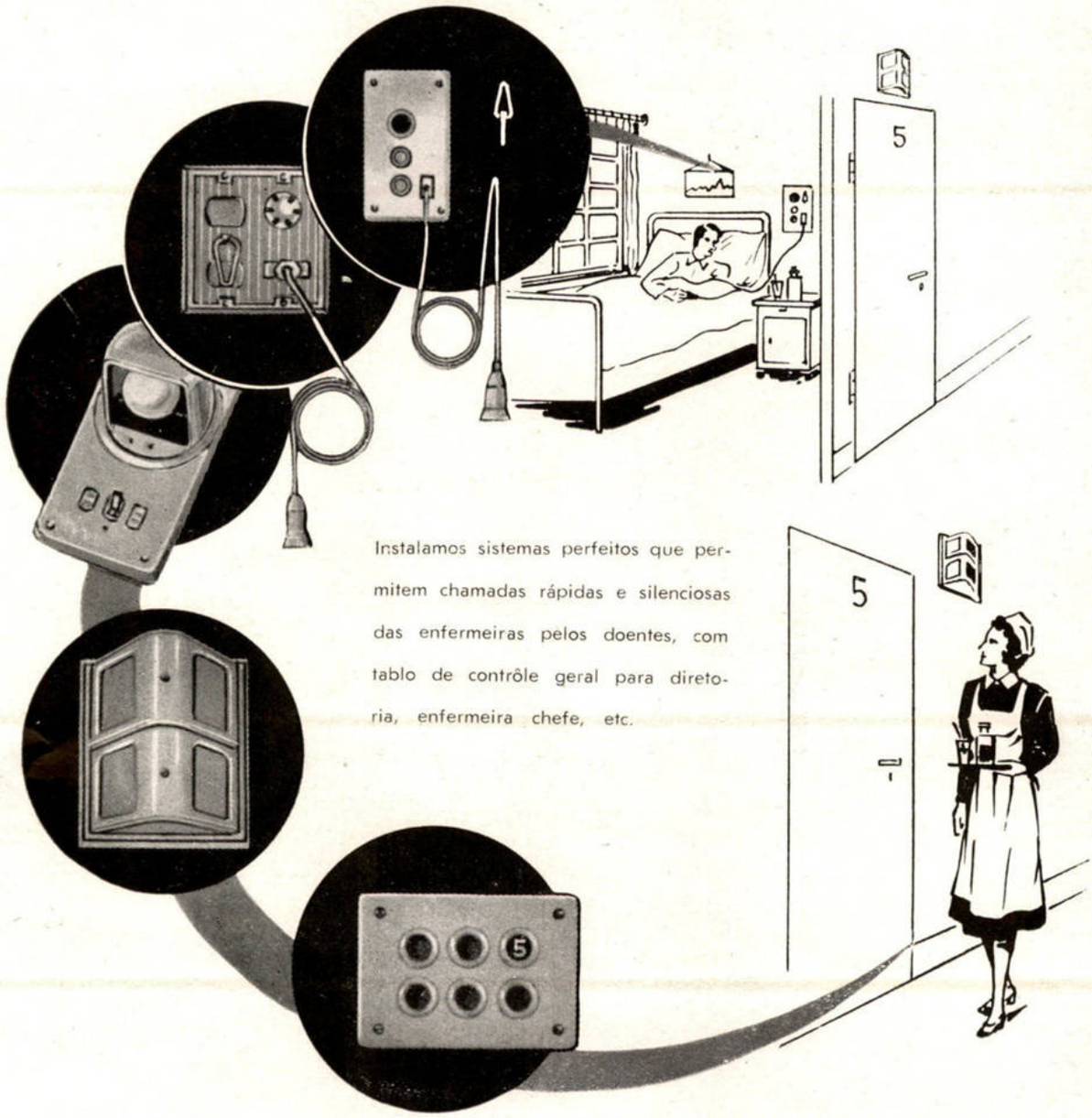
TUBOS E SIFÕES DE CHUMBO DE QUALQUER DIÂMETRO

TINSLEY & FILHOS S/A.

Indústria de Artefatos de Chumbo e Metalúrgica

Rua da Moóca, 3558 — Tel.: 9-2952 - C. P. 650 - S. Paulo

# SINAIS LUMINOSOS PARA HOSPITAIS




Instalamos sistemas perfeitos que permitem chamadas rápidas e silenciosas das enfermeiras pelos doentes, com tablo de contrôle geral para diretoria, enfermeira chefe, etc.

**Outras especialidades do nosso departamento técnico:**

CENTROS E APARÊLHOS TELEFÔNICOS de todos os tipos e sistêmas.

SISTEMAS DE ALARME CONTRA INCÊNDIO E CONTRA ROUBO.

INSTALAÇÕES ELÉTRO-ACÚSTICAS.
ANTENAS COLETIVAS PARA TELEVISÃO.

RELÓGIOS DE CORDA E ELÉTRICOS.

RELÓGIOS "MESTRE E SECUNDÁRIOS".

RELÓGIOS DE PONTO DE CORDA.
CORDA AUTOMÁTICA E ELÉTRO-SECUNDÁRIOS, AUTOGRÁFICOS E DE TAREFAS.

RELÓGIOS DE VIGÍA.

## NEO-REX DO BRASIL LTDA.

SÃO PAULO: **RUA JOAQUIM FLORIANO, 737/51 — Caixa Postal, 7221**
**Telefone: 8-2126** (Rêde interna) **— End. Telegr.: "NEOREX"**

RIO DE JANEIRO: **AV. RIO BRANCO, 277 — Conj. 1508 — Caixa Postal, 3455**
**Telefone: 4 2 - 7 7 7 3 — End. Telegráfico: "NEOREX"**

# Modernize seu escritório e sua fábrica com Móveis de Aço Magestic

Qualidade, resistência e beleza

em:

Cofres

Arquivos

Cozinhas Americanas

Móveis de Aço em Geral

**MÓVEIS DE AÇO MAGESTIC LTDA.**

ESCRITÓRIO: Rua da Graça, 89 — 1.º andar — Fone: 52-8209

FÁBRICA: Rua Vilella, 759 — São Paulo

Detalhe do majestoso vitral do Hospital da Real e Benemérita Sociedade Beneficência Portuguêsa, São Paulo

# Suntuoso colorido de Vitrais Conrado dá beleza e grandiosidade a êstes estabelecimentos

**Hospital das Clínicas de São Paulo**
Vitrais e decoração da Capela

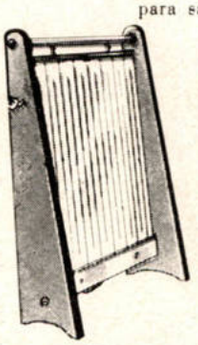
**Hospital da Clínica Ortopédica de São Paulo**
Painel gravado em mármore

**Maternidade São Paulo**
Decoração em espêlho róseo

**Santa Casa de Santos**
Vitrais Históricos

**Hospital das Clínicas de Curitíba**
Painel de cerâmica esmaltada e vitral monumental da Capela

**Nossas especialidades para hospitais:** Cristais temperados (inquebráveis) para visores e berçários. Vidros isolantes de calor, para salas de operação



**Espêlho-SOL**

- *Não queima o oxigênio do ar*
- *Distribui o calor de modo uniforme*
- *Elimina o excesso de umidade*

**E, mais:** vitrais, vidro plano para edifícios, cristais para vitrínes (lojas e residências), espêlhos "fumés" e coloridos, azulejos e lajotas pintadas, blocos de vidro.

**FORNECEMOS PROJETOS E ORÇAMENTOS**

**CONSULTE NOSSA MATRIZ E FILIAIS**

## VITRAIS CONRADO SORGENICHT S. A.

**Matriz** — São Paulo: Rua Bela Cintra, 67 — Tel. 34-5649 — Rua Clodomiro Amazonas, 1132 — Tel. 61-7243
**Filiais:** Rio de Janeiro — Campinas — Belo Horizonte — **Representantes:** Fortaleza — Santo André — Santos

# MARQUES PACINI S. A.

encanamentos e ferragens

materiais para encanamentos, ferragens, etc... artefatos de chumbo e metais em geral. conexões, tubos galvanizados, pretos, de ferro fundido e debarro, chapas galvanizadas, pretas e de cobre.

AZULEJOS — CALHAS

ARTIGOS SANITÁRIOS — CONDUTORES

distribuidores dos produtos de cimento - amianto "BRASILIT"

fogões e aquecedores "COSMOPOLITA"

RUA CRISTOVÃO COLOMBO, 59 — CAIXA POSTAL 414 — SÃO PAULO

FONES: ESCRITÓRIO — 33-4032 35-5821 ENCANAMENTOS — 32-7320 33-6323 FERRAGENS — 33-6272

DEPÓSITO — RUA ANHAIA, 883 — FONE: 52-6889



# PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

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

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

Nome .....

Endereço ..... N.º .....

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

A importância à Cr$ 600,00 por exemplar, (Cr$ 500,00 para sócios do I.P.H.), segue por: cheque △, pagável em São Paulo, reembolso postal, △, vale postal, △ em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º - cj. 64 - S.P.



**DEPARTAMENTO MÉDICO-SOCIAL**

**DIVISÃO HOSPITALAR**

PROGRAMAÇÃO — PLANOS FUNCIONAIS
ECONOMIA MÉDICA
ENFERMAGEM-DIETÉTICA
AUDITORIA MÉDICA
ARQUITETURA - ENGENHARIA
ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL E DE MATERIAL
ESPECIFICAÇÕES TECNICAS
CONTABILIDADE
SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

**DIVISÃO SOCIAL**

PLANOS DE ASSISTÊNCIA
SERVIÇOS NAS EMPRESAS
ASPECTOS ECONÔMICOS SOCIAIS
SAÚDE — ALIMENTAÇÃO
RESTAURANTES
HABITAÇÃO — EDUCAÇÃO

**SORTEC** - SERVIÇOS TÉCNICOS DE ORGANIZAÇÃO
AV. ALMIRANTE BARROSO 6 - S/509/11
TEL.: 32-9870 - 32-1936 - 52 4590
END. TELEGRÁFICO - ORGATÉCNICA
RIO DE JANEIRO — BRASIL

**PROFISSIONAIS ASSOCIADOS**

ARQUITETOS E ENGENHEIROS MÉDICOS
ECONOMISTAS - CONTADORES ADVOGADOS
ENFERMEIRAS - DIETISTAS ..
TÉCNICOS DE ADMINISTRAÇÃO

## Segurança! com Esparadrapo YORK

Os quatro requisitos para a sua proteção: **incomparável resistência, impermeabilidade perfeita, máxima flexibilidade, aderência imediata.** Exija Esparadrapo YORK - produzido com borracha brasileira: não mela, não exala cheiro e não resseca.

**QUEM CONHECE, CONFIA!**

*indústrias* **york** *s.a.*

**RUA PROF. APRÍGIO GONZAGA, 435 – TELEFONE 7-1197 – CAIXA POSTAL 8693 – SÃO PAULO**

**Pelotas** **Peterco**

**Fábrica Metalúrgica de Lustres Ltda.** **Comércio e Indústria de Eletricidade Ltda.**

fabricantes da mais completa linha de aparelhos de iluminação — fundada em 1924

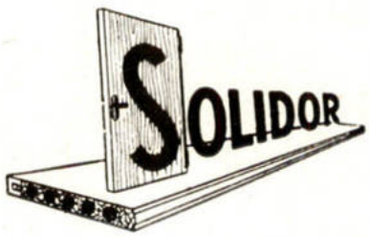
PLAFONIERS
ARANDELAS PARA CABECEIRA DE CAMA
(inclusive tipo aprovado pelo IPH)
EMBUTIDOS
APARELHOS ESPECIAIS

TOMADAS E PLUGS À PROVA DE EXPLOSÃO
(Para salas de Operação)
INTERRUPTORES
APARELHOS FLUORESCENTES
APARELHOS GERMICIDAS
LUZES DE VIGIA

nossos aparelhos tem sido empregados em modernos nosocomios, entre os quais podemos citar: hospital s. domingos de uberaba - maternidade da santa casa de pirajú - hospital anchieta de são paulo - hospital municipal de são paulo - hospital infantil do morumbi de são paulo

rua pelotas, 141 - fones: 70-4046 - 70-4053 - são paulo

PORTAS
E
PAREDES DIVISORIAS




- ESPECIAIS PARA:
- HOSPITAIS
- CLÍNICAS
- CONSULTÓRIOS MÉDICOS
- LABORATÓRIOS

PEÇA COMPARECIMENTO POR TELEFONE DE VENDEDOR TÉCNICO

**Solidor Industria de Beneficiamento de Madeira S/A**

RUA CONS. CRISPINIANO, 58 — 12.º AND. — FONE: 37-7561 — RÊDE INTERNA — SÃO PAULO

Planejado e construído segundo a mais avançada técnica, de manejo simples, rápido, eficiente, êste novo aparêlho está à altura do progresso técnico-científico com que são dotados, atualmente, os melhores Hospitais e Clínicas.

Para as enfermeiras e auxiliares, o **LAVADOR DE COMADRES "ALBION"** é um auxiliar imprescindível e uma garantia de higiene absoluta. Além de preservar a saúde torna mais econômico e rápido o serviço de limpeza.

# Eficiência comprovada
# Higiene absoluta
# Rapidez e economia

# ALBION

a técnica moderna a serviço da ciência e do conforto humano!

Metalúrgica Albion S. A.

Rua Albion, 202 - Fones 5-0421 e 5-0263

End. Teleg. Albion - São Paulo

# Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

Diretoria eleita para exercício de 1958-1959

PRESIDENTE

Arq. Jarbas Karman

VICE-PRESIDENTE:

Dr. Paulo Cesar de Azevedo Antunes

SECRETÁRIO:

Enf.ª Zaira Bittencourt

2.º SECRETÁRIO:

Enf.ª Maria Rosa de Souza Pinheiro

TESOUREIRO:

Arq. C. A. Gomes Cardim Filho

2.º TESOUREIRO:

Dr. Martinus Pawel

MEMBROS DA DIRETORIA:

Dr. Adriano Taunay Leite Guimarães (Rio)
Arq. Amador Cintra do Prado
Sr. Amaury de Almeida Castanho
Eng.º Artur Witzig
Eng.º Francisco Inacio de Araujo Silva
Eng.º Francisco H. Maffei
Arq. Geraldo Prado Guimarães
Eng.º João Alfredo Oscar Schwegler (Pará)
Dr. José Finocchiaro
Dr. José Reis
Dr. Quintino Mingoja
Arq. Rino Levi
Dr. Theophilo de Almeida (Rio)

CONSELHO FISCAL

Dr. Demerval Novais de Oliveira
Dr. Joaquim A. Bittencourt Couto
Dr. Nelson Cayres de Britto

SUPLENTE DO CONSELHO FISCAL:

Arq. Alfredo Paesani
Eng.º Alfredo Willer
Sr. Fernando Pereira d'Abreu Braga

CONSELHO CONSULTIVO:

Dr. A. C. Pacheco e Silva
Dr. Alípio Corrêa Netto
Dr. Alvaro Guimarães Filho
Dr. André Roseira de Mattos
Dr. Anésio Alves de Britto (Rio)
Dr. Arnaldo de Moraes (Rio)
Arq. Cassio Silva Pinto Gomes de Oliveira
Dr. Corintho Goulart
Dr. Dácio de Almeida Chiristovão
Dr. Dante Nese
Dr. Deoclides Martins Ferreira (Rio)
Eng. Ermano Marchetti
Dr. Ernani de Paiva Braga (Rio)
Eng.º Eudoro L. Berlink
Dr. Floresta de Miranda (Rio)
Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho (Pern.)
Eng.º Francisco Salvador Risaffi (Rio)
Dr. Galileu Pasquinelli Filho (Paraná)
Dr. Gennyson Amado (Rio)
Arq. Germano Galler (Rio)
Dr. Henrique Maia Penido (Rio)
Dr. Hilton Rocha (Minas Gerais)
Dr. Hugo J. Felipozzi
Dr. Jairo Ramos
Dr. Jorge Americano
Eng.º José Annibal da Silva (Rio)
Dr. José Fleury (Goiás)
Dr. Lauro Monteiro da Cruz (Rio)
Dr. Lourival Ribeiro (Rio)
Madre Maria Angelina de Rezende (M. Gerais)
Arq. Maria do Carmo de Novaes Schwab (Esp. Sto.)
Dr. Mathias J. da Gama e Silva (Rio)
Dr. Mario Pirotti (Rio)
Dr. Mario Ramos de Oliveira
Dr. Maurício Karman
Dr. Maury Pinto de Oliveira (Rio)
Dr. Milton Machado Mourão (Minas Gerais)
Arq. Ney Chrisostomo da Costa (R. Grande Sul)
Prof.ª Noemy da Silveira Rudolfer
Arq. Oscar Valdetaro (Rio)
Dr. Otto Bier
Eng.º Paulo Ricardo Levacov (R. Grande Sul)
Eng.º Paulo Sá (Rio)
Eng.º Roberto Paulo Richter
Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas
Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio
Eng.º Thomas Thompson (Rio)
Eng.º Ulísses Paes de Barros
Dr. Zeferino Vaz (Ribeirão Preto)

o vidro nas atividades humanas...
permita que técnicos especializados realizem, com perfeição, suas criações arquitetônicas!
uma organização de âmbito nacional para BEM SERVI-LO
VIDROS – CRISTAIS – ESPELHOS
VITRAIS – CRISTALIQUES – REVESPEL
CIA COMERCIAL DE VIDROS DO BRASIL
CVB
SEDE SOCIAL R CONSELHEIRO CRISPINIANO, 317 - SÃO PAULO
FILIAIS
SÃO PAULO - SANTO ANDRÉ - SANTOS - RIO DE JANEIRO - NITERÓI
BELO HORIZONTE - BAHIA - PÔRTO ALEGRE - SANTA MARIA - RECIFE
FORTALEZA - CURITIBA - LONDRINA - UBERLÂNDIA - GOIÂNIA
lida-jamsa

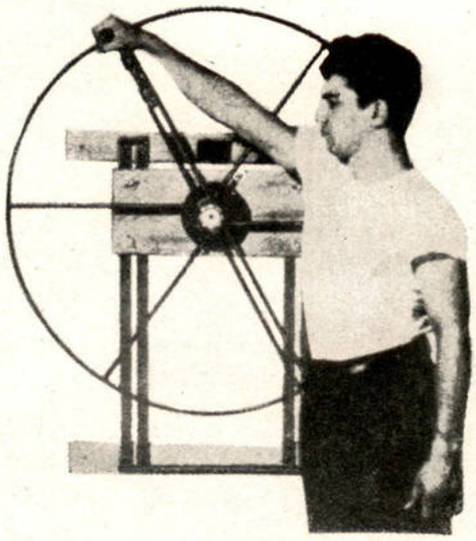
# Em ORTOPEDIA e REABILITAÇÃO...

**Centenas de aparelhos diferentes para a recuperação do dificiente físico**

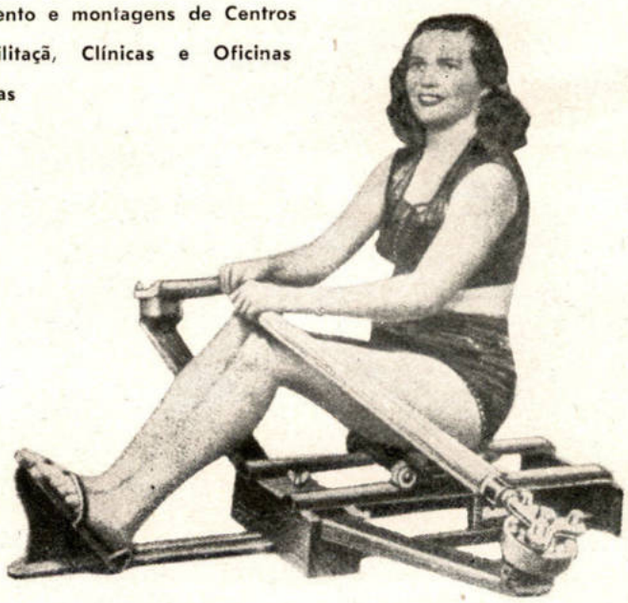
Todo e qualquer aparelho especializado para a reabilitação, em menos tempo, de incapacitados.

÷ ÷

Fabricação de aparelhos especiais sob encomenda



Planejamento e montagens de Centros de Reabilitaçã, Clínicas e Oficinas Ortopédicas



Conheçam, ainda, as mais recentes novidades da ciência moderna, no campo da recuperação.

Solicitem informações e catálogos ilustrados à

ORTOPEDIA Baumer

CIRURGIA QBS

**baumer-qbs**

**cia. brasileira de equipamentos**

cirurgia ortopedia reabilitação

Rua Santo Amaro, 275 — Caixa Postal, 7868 — Telefones: 32-6448 - 37-3377 — São Paulo

Rua Francisco Serrador, 90 — 18.o — Conj. 1801 — Telefone: 52-7621 — Rio de Janeiro

Representantes em Recife — Belo Horizonte — Curitiba — Pôrto Alegre — Vitória — Salvador

# INDICE DOS FORNECEDORES

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

A ELEVAÇÃO DO NÍVEL MATERIAL E FUNCIONAL DE NOSSOS SERVIÇOS HOSPITALARES


Armando Brito & Cia. Ltda. ..... XI

Azevedo & Travassos S/A. ..... XXIV

Batten, Baston, Durtini & Osborn Taylor Instrument Co. ..... XXV

Baumer Q.B.S. — Cia. Brasileira de Equipamentos (encarte)

Baumer Q.B.S. — Cia. Brasileira de Equipamentos XLII

Brown Boveri S/A. ..... XXII

Campos Salles S/A. ..... XVII

Casa Bellini de Vidros — Comércio e Indústria .. XXIII

Casa Lohner S/A. ..... XIII

Castanho & Filhos ..... II

Cerâmica Alabarda ..... XXXI

Civilit Indústria de Artefatos de Cimento Amianto S/A XIV

Colchão de Molas Lancellotti ..... VIII

Cia. Aga Paulista de Gas Acumulado ..... XX

Cia. Brasileira de Móveis de Aço "Cibramo" .... VIII

Eletromar Indústria Elétrica Brasileira S/A. ..... XXXII

Elevadores Schindler do Brasil S/A. ..... X

Engenharia de Fundações S/A. ..... XXVI

Ericsson do Brasil Comércio e Indústria S/A. .... 106

Eucatex S/A. ..... 4 a capa

Fábrica Metalúrgica de Lustres Ltda. ..... XL

Gressit S/A. Indústria e Comércio ..... XXVIII

Ibacli S/A. Comércio e Indústria ..... IX

Importadora O-MI Ltda. ..... XXX

Indústria de Impermeabilizantes Paulsen S/A. .... XXXIV

Indústria Mecano Científica S/A. ..... V

Indústria Mecano Científica S/A. ..... 3 a capa

Indústrias York S.A. ..... XXXIV

Irmãos Sartorio Ltda. ..... XI

Johnson & Johnson ..... 108

Laboratório Climax S/A. ..... XVI

Laboratório Crino-Sêda de Suturas Sirúrgicas S/A. 102

Lagrart S/A. ..... XXX

Lutz Ferrando — Ótica Instrumental Científica S/A. IV

Marques, Pacini S/A. ..... XXXVIII

Máquinas Santo André — Ishiki & Cia. ..... XII

Metalúrgica Albion S/A. ..... XLI

Metalúrgica Fracalanza S/A. ..... 104

Metalúrgica São Nicolau S/A. ..... XXVII

Milton Durval Rossi — Indústria e Comércio .... XII

Móveis de Aço Magestic Ltda. ..... XXXIV

Neo-Rex do Brasil Ltda. ..... XXXV

Niagara S/A. ..... XIV

Otto Baumgart Indústria e Comércio S/A. ..... XXIV

Poliplast Ltda. ..... XVIII

Poliplast Ltda. ..... XIX

S/A. Indústria Metalúrgica Cre ..... XXXIV

Soc. Anonima Brasileira de Fundações ..... XXIX

Soc. Fabbe Ltda. ..... VII

Soc. Industrial Comercial de Aços Bulka Ltda. .... XV

Soc. Nacional de Técnicas de Precisão Ltda. .... III

Solidor Indústria de Beneficiamento de Madeira Ltda. XL

Sortec — Serviço Técnico de Organização ..... XXXVIII

Southern Oxigen Company ..... XXX

Tinsley & Filhos S/A. — Indústria de Artefatos de Chumbo e Metalúrgica ..... XXXIV

Vidrotil Indústria e Comércio de Vidros Ltda. .... VI

Vitrais Conrado Sorgenicht S/A. ..... XXXVII

Wallig S/A. ..... XXI

Walter S/A. ..... XXXIII

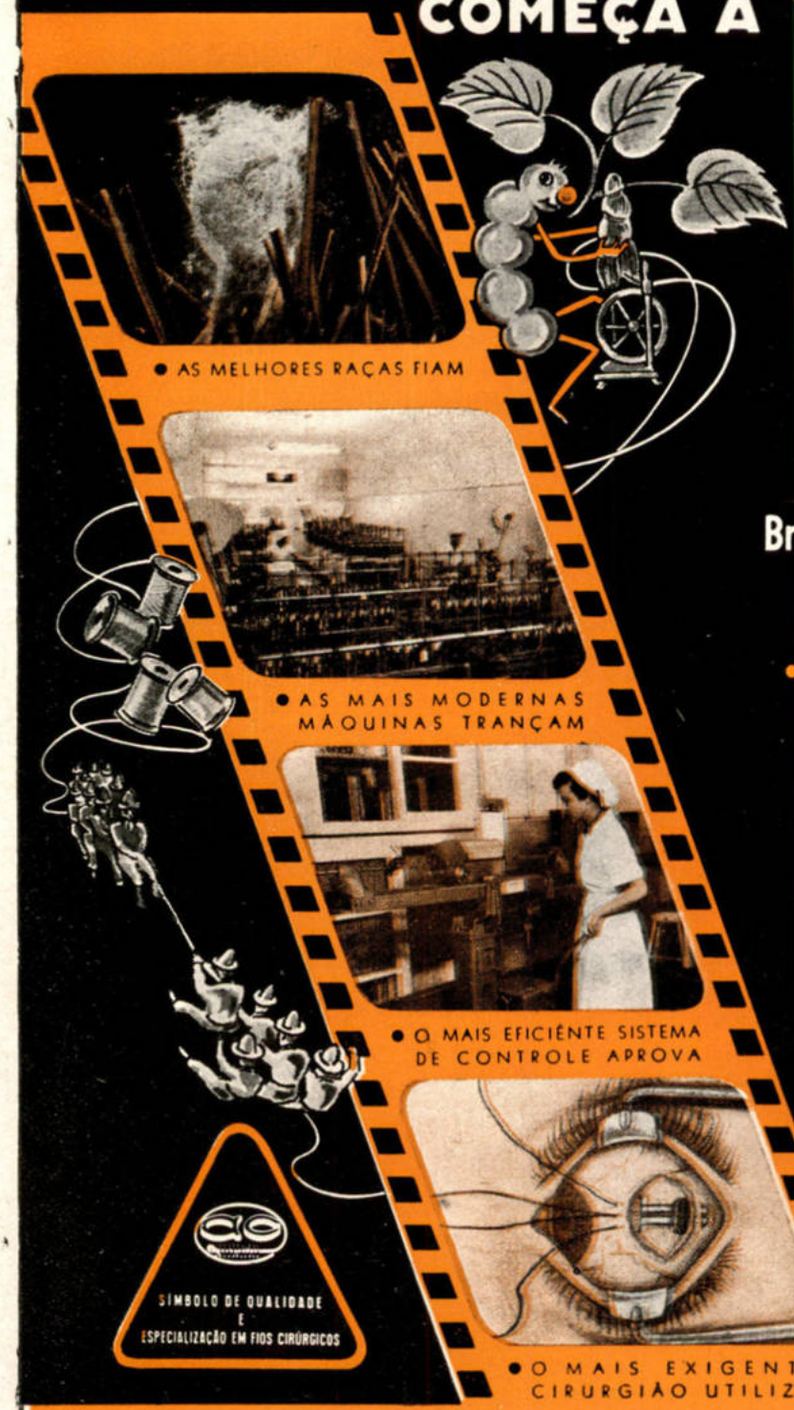
Zauli S/A. ..... XIV

# NA FIAÇÃO DO CASULO

COMEÇA A

**Qualidade da Sêda**

CRINO-SÊDA




**Branca ou Preta ISENCAP®**

Máxima em

- RESISTÊNCIA
- ELASTICIDADE
- COMPATIBILIDADE
- ESTERILIDADE

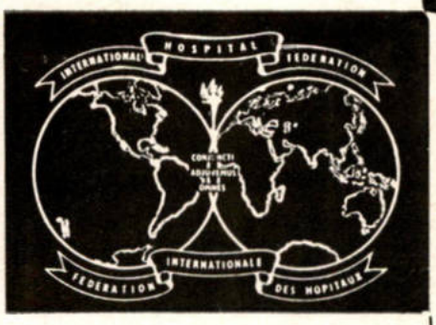
E orgulhe-se disto: é 100 % Nacional

*Laboratório* CRINO-SÊDA *de Suturas Cirúrgicas S. A.*

Rua Dr. Clementino, 200 a 212 - São Paulo - Brasil

# HOSPITAL DE HOJE

Órgão oficial do I P H - Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares


**I P H é uma entidade sem fins lucrativos, cujo objetivo é desenvolvimento hospitalar nacional em bases racionais e científicas.**


**O IPH é entidade de Utilidade Pública**
**Séde e redação: Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64 - Telefone: 36-3889 - São Paulo - Bras"**

•

**Hospital de Hoje — Ano III — Vol. 11**

•

Cooperaram na confecção dêste número:
**Os autores** constantes do índice ao lado
**Os senhores anunciantes**, relacionados à página 101

**Direção e Redação da Revista:**

Diretor Responsável:
**Jarbas Karman**

Redator geral:
**Martinus Pawel**

Diretores de Secção:

Editorial:
**José Reis**

Psicologia Hospitalar:
**Noemy da Silveira Rudolfer**
**Betty Katzenstein**

Laboratório:
**Otávio A. Germeck**

Farmácia:
**Carlos H. Robertson Liberalli**
**Quintino Mingoja**
**Henrique Tastaldi**

Anestesia:
**Salvador Cromberg**
**Kentaro Takaoka**

Enfermagem:
**Maria Rosa de Souza Pinheiro**

Normas:
**Francisco Inácio de Araújo Silva**
**Eudoro L. Berlinck**

Sumário inglês:
**Charles Hannold Crispin**

Projetos:
**Jarbas Karman**

Nutrição:
**F. Pompeu do Amaral**


# I N D I C E


**CAPA**

Degraus e aspectos da reabilitação

**ANUNCIANTES** ..... 101

**SUMÁRIO INGLÊS** ..... 109

**IPH**

Finalidade e atividades ..... 110

Questões e sugestões do editor ..... 111

Ficha de inscrição ..... 112

**EDITORIAL — Dr. J. Reis**
Reabilitação ..... 113

**K. LUSCHER**
A vôz de um inválido sôbre a reabilitação ..... 115

Novos Sócios do IPH ..... 116

**H. MÜLLER**
Ergoterapia e Terapeutica Ocupacional no Hospital Psiquiatrico — Padrão Suéco ..... 117

**F. BOCCOLINI**
Dados sôbre Reabilitação no Brasil ..... 119

**H. STAMPFLI, W. SCHWEINGRUBER**
Centro de reinserção suisso "Milchuppe" ..... 123

**DR. MARTINUS PAWEL**
Reabilitação ..... 125

**R. C. B. REVOREDO**
Reabilitação nos E.U.A. ..... 137

**F. E. GODOY MOREIRA**
Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) ..... 141

**ALBERT. G. LUIKIGA**
O que se faz na Holanda pela Reabilitação ..... 143

Associação de Assistência à Criança Defeituosa ..... 147

**F. LOFSTROM, C-E. SANDBERG & AL.**
O Primeiro Centro Regional de Reabilitação Hospitalar da Suécia 148

**A. H. E. ALMEIDA, J. A. N. MIRANDA**
Reabilitação e altas contra conselho médico no conjunto sanatorial de Curicica ..... 151

A Nova Legislação Francesa Referente ao Trabalho de Sub-válidos 154

Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos ..... 154

À VENDA NOS DISTRIBUIDORES DOS PRODUTOS DA

**METALÚRGICA FRACALANZA S.A.**

Estatística:
**Adriano Taunay Leite Guimarães**
**Martinus Pawel**

Desinfetantes e Esterilização:
**Eulina Bastos Richter**
**Jarbas Karman**

Frio e Calor:
**Remy Benedito Silva**

Radioterapia:
**Carlos de Campos Pagliuchi**

Radiodiagnóstico:
**José Hortêncio de M. Sobrinho**

Noticiário:
**Adriano Taunay Leite Guimarães**

Instalações:
**Alfredo Willer**

Administração:
**Fausto Figueira de Mello**

Acústica:
**Roberto Paulo Richter**

Secretária:
**Maria Aparecida Martins**
**Valdeci Barbosa Lima**
**Sérgio Pinto de Carvalho**

Contabilidade:
**Fernando P. d'Abreu Braga**

Desenhos:
**Cassiano José Neves Filho**

Impressão:
**Habitat Editora Ltda.**
**Rua 7 de Abril 230 — 8.º andar**
**Conjunto 837 — Fone: 35 2837**

Clichês:
**Angelo Lastri & Filho**

**NÚMEROS SUBSEQUENTES:**

**Para os próximos números contamos ainda com a colaboração ou cooperação dos Senhores:**

**Abelardo Gomes Abreu, Adriano Taunay Leite Guimarães, Alfredo Willer, André Roseira de Mattos, Antonio Delmanto, Arthur de Almeida, Chester W. Howe (USA) Cleonice Pessoa Trigueiro, Dalva Maria Oliani, Delio da Costa Alemão, Domingos de Oliveira Ribeiro, Dorina Reichardt, E. Mira y Lopes, Edison R. Luni, Edmundo Vasconcellos, Eudoro L. Berlinck, Francisco Pompêo do Amaral, Franklin P. Janes (USA) Gabriel Serrano (Colombia), Genti! Portugal do Brasil, Hermann Schmidt, Hortêncio de Medeiros Sob., Hugo Leneryd (Suécia), Humberto Ballariny, Ione Cintra de Souza, Ivan Porto, J. E. Barbosa Rezende, Jarbas Karman, John Weeks (Ingl), João Gerald Gonçalves da Silva, José Augusto Soares, José Barreto Dias, José Sylvio Cimino, Joshua Bierer (Ingl.), Julio Rabin, Kenneth L. Winters (USA) Laurenio Lins, Lila L. Blandy, Lis Carneiro, Louis Block, Lincoln Freitas Filho, Maria Rosa Pinheiro, Mark H. Leppe (USA), Martinus Pawel, Maury Pinto de Oliveira, Nahyda Velloso, Hoemy da Silveira Rudolfer, Octávio A. Germek, Odisséa de Avila Gimenez, Pedro Fillinger, Erwin Pätsep (Suécia), Roberto Paulo Richter, gica), Sarah H. Hardwicke (USA), Rubens Luiz Xavier, S. Halter (Bél- Sidney Liswood (USA), Sten B. Glás (Suécia).**

**DR. MARTINUS PAWEL**
Invaliidisäätiöö — Finlandia ..... 155

**ZENY MIRANDA**
Reabilitação e Previdência Social ..... 157

**DR. J. GOOSSENS**
Centros Médicos Sociais de Diagnóstico, Profilaxia e Reabilitação para a Bélgica ..... 161

**DR. LUIZ ANDRADE**
A Reabilitação de Tuberculosos no Hospital São Luiz Gonzaga — Jaçanã ..... 163

Recomendações da Conferência Internacional do Trabalho, Sôbre a Adaptação e Readaptação Profissional dos Inválidos — 1955 167

**DEP. LUIZ ROBERTO VIDIGAL**
Projéto de Lei n.o 2029 ..... 170

**WILMA SEABRA MAYER**
Comissão de Reabilitação dos Inválidos das Forças Armadas (C. R. I. F. A.) ..... 172

Papel, Funções e Responsabilidade da Orientação Profissional no Campo da Reabilitação, nos E.U.A. ..... 173

**PROF. EUNICE POURCHET**
O Agrupamento de Artistas, Recreadores, Terapeutas, e Educadores (ARTE) ..... 175

**DORIS BUTCHER**
Experiência de uma Terapeuta Social ..... 180

**R. C. B. REVOREDO**
O Papel da Assistente Social na Reabilitação ..... 182

**WILLIS C. GORTHY**
Dimensão Ignorada em Reabilitação ..... 185

**NOTICIÁRIO DO BRASIL**

Bolsa de Estudos "Lais Netto dos Reys" ..... 187
Conferência sôbre Reabilitação ..... 187
Reabilitação Profissional para Tuberculoso ..... 187
Instrução de Recuperadores ..... 187
Centro de Recuperação Motora ..... 188
1.ª Escola Especializada para Ensino de Crianças Retardadas ..... 188
I Simpósio sôbre Reabilitação em Tuberculose 16-4-58 ..... 188
Reabilitação em Tuberculoso ..... 188
XII Congresso Brasileiro de Enfermagem ..... 189
Dia das Santas Casas ..... 189
Congresso Nacional do C.I.C. ..... 189
Seminário de Reabilitação ..... 189
IV Curso de Reumatologia ..... 189
Prêmio para Enfermeiros ..... 189
Recuperação de Neuropatas ..... 190
Problema da Voz e da Palavra ..... 190
Serviço Nacional de Aproveitamento de Cegos ..... 190
Simpósio sôbre Reabilitação Hospitalar em Tuberculose ..... 190
Lei 3794 do Estado de São Paulo ..... 190
S.A.R.M. Ministério da Saúde ..... 190

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

# A SINALIZAÇÃO HOSPITALAR ERICSSON É DE IMPORTÂNCIA VITAL!

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

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

**1** O paciente dá um sinal que...

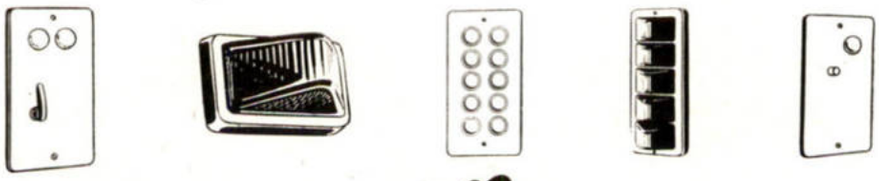
**2** é respondido pela enfermeira...

**3** e é visto no corredor.

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

**5** Atendido o paciente, o sinal é totalmente desligado.

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



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

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

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

## C O L A B O R A Ç Õ E S

**A revista "HOSPITAL DE HOJE", órgão oficial do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, não é editada com o propósito de divulgar os trabalhos de um grupo restrito de sócios, nem de acolher ùnicamente a colaboração de profissionais que já conseguiram renome.**

**Ela pertence a todos os sócios, e suas colunas permanecem ao dispôr de quantos desejem, de uma forma ou de outra, cooperar com seu programa de:**

MELHOR SERVIÇO HOSPITALAR

P A R A O B R A S I L

**Assim, apelamos para que todos considerem a Revista como sua, enviando-nos, não só artigos técnicos e notícias sôbre realizações práticas, como também comentários acêrca de assuntos ligados à vida hospitalar.**

**"HOSPITAL DE HOJE" quer ser órgão de divulgação da experiência, das idéias e sugestões do maior número possível de estudiosos, de tal forma, que se torne cada vez mais útil e interessante. Repetimos: A COLABORAÇÃO EM "HOSPITAL DE HOJE" ESTÁ ABERTA A TODOS. Os manuscritos devem ser submetidos à sua apreciação, datilografados em papel ofício com espaço duplo. Devem vir acompanhados, sempre que o assunto o comporte, de gráficos, esquemas ou fotografias.**

**Pede-se aos autores indicar o nome completo e o serviço em que trabalham.**

**Os trabalhos não publicados serão devolvidos, desde que acompanhados de envelope endereçado ao autor.**

**NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO, MESMO PARCIAL, SEM AUTORIZAÇÃO, POR ESCRITO, DA DIREÇÃO DA REVISTA.**

**HOSPITAL DE HOJE É DISTRIBUIDA GRATUITAMENTE AOS SÓCIOS DO IPH**

**OS ARTIGOS E PROJETOS ASSINADOS SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DE SEUS AUTORES.**

**NOTICIÁRIO INTERNACIONAL**

Servicio Nacional de Salud de Chile ..... 191

Primeiro Seminário Internacional para Arquitetura e Técnica Hospitalar ..... 191

Congresso de 1959 da Federação Internacional de Hospitais .... 191

Aproveitamento de Surdos ..... 191

Processos de Reabilitação ..... 191

Reabilitação do Hanseniano ..... 192

Reabilitação de Crianças Defeituosas ..... 192

Congresso de Reabilitação ..... 192

Quarta Conferência Interamericana sôbre Reabilitação ..... 192

Dois Novos Centros de Reabilitação na França ..... 192

IV Congresso Europeu de Reumatologia ..... 192

Inaugurou-se em Lisbôa o "Centro de Paralísia Cerebral" ..... 192

II Congresso Pan-Americano de Reumatologia ..... 193

O.M.S. e Reabilitação ..... 193

O M.S. Escritório Europeu ..... 193

Estudos de Especialização em Medicina Física e Reabilitação das Enfermidades do Aparelho Locomotor ..... 193

**NOTÍCIAS DO IPH**

Comissão de Padronização de Pacotes Cirurgicos ..... 194

IPH em Fóco ..... 194

**LITERATURA**

Planejamento de Centros de Reabilitação — Jarbas Karman ..... 195

Classement International des Maladies ..... 196

Reabilitação na Industria ..... 196

Reabilitação Cardio-Vascular ..... 196

Reabilitação do Tuberculoso ..... 196

Geriatria ..... 196

Fabricadas com tecido especial, impregnado de uma emulsão de gêsso, formam um só material depois de prontas.

Êste processo permite que cada atadura seja imersa na água *na hora de usar!* Não há sobras de ataduras e nem perda de tempo.

★ Alta resistência ★ Cremosidade máxima ★ Secagem controlada

UM PRODUTO Johnson & Johnson

PRODUTO BRASILEIRO QUE RIVALIZA COM OS MELHORES ESTRANGEIROS!

# E N G L I S H S U M M A R Y

**HOSPITAL DE HOJE** is the offial journal of the IPH, a non-profit Brazilian organization whose aim is to improved the Brazilian hospital services through scientific research and the development ot a coordinated hispital system


**COVER**
**Steps and spectrum of rehabilitation**

**IPH** ..... 110
**Aims and program of activities**

**IPH** ..... 111 112
**Membership application, questions and suggestions to the editor**

**EDITORIAL — J. REIS** ..... 113
**Rehabilitation**

**H. K. LÜSCHER** ..... 115
**Opinion of an invalid**

**H. MÜLLER** ..... 117
**Ergotherapy and Praxitherapy in the Swedish standard mental hospital**

**F. BOCCOLINI** ..... 119
**Rehabilitation in Brasil**


The author first touches the conception of rehabilitation and the need to unify its nomenclature. He proceeds to review the scarse and heterogeneous Brazilian legislation in which mention is made of the subject, and proclaims that rehabilitation is teamwork and that also bills referring to it should be issued by a team in which the technicians in the field are well represented. But he would prefer that more experience were accumulated first in some official experimental rehabilitation center, and that only afterwards legal regulations were made.

The lack of technicians in Brazil, a lack of general understanding of the aims and usefulness of rehabilitation among Brazilian employers and the scarsity of basic information, essential for an evaluat'on of the needs in this field and for a proper planning, is then pointed out.
Finally he lists the institutions, known to him, which offer some sort of rehabilitation care in Brazil.


**H. STAMPFLI, W SCHWEINGRUBER** 123
**Swiss Reinsertion Center Milchsuppe**

**M. PAWEL** ..... 125
**Rehabilitation and its functions, personnel and equipment**


**Introduction:**

There is a need for greater understanding that rehabilitation is entirely dependent on proper integration or coordination of a great number of professions, teams, institutions, social legislation and government initiatives in general, voluntary organizations and public opinion, and that any "missing link" is apt to cause failures.

**Scope:**

RehaLilitation is supposed to — and actually does — increase the invalid's and his family's happiness and wellbeing and earning power, and relieve society from improductive pensions and their total or partial substitution by active production.

**Steps:**

From an administrative poinr of view, rehabilitation can be split into 4 successive steps:
1. medical (as in-patient or out-patient),
2. occupational, including the psychosocial readaptation,
3. vocational,
4. industrial.

It should however be clearly understood that such separation is not a natural one. These stages, in fact cannot be kept entirely apart, but must flow smoothly one into the other, if out of the process of rehabilitation shall come all it can give.
Numbers, referring to needs and available facilities in Great-Britain, which has a population comparable to the population of Brazil, and where such facilities are most developed, are given. Additionally, a review is made of the different kinds of institutions or organizations, which have been working in this field. Motivation and social service should permeate the whole process.

**Medical rehabilitation and its functions:**

The author tries to analyse and list the many functions which must be available to carry through an effective job of rehabilitation.
Such are: Physiotherapists — Massagists — Kinesitherapists — Recreational and Ocupational Therapists — Handicraft Instructors — Specialized Teachers — Psychiatrist or Medical Psychologist — Clinical Psychologist — Vocational Psychologist — Job analysers and advisers — Almoners — Inpatient teachers — Prosthetic team (manufacture and adaptation) — Resettlement Officers — Physicians (all specialties) — Director of group discussions of the working team — Supervisor of the progress and follow-up of the individual patient — Chief of the working team.

Outside the working team must be considered: The Financing Bodies — The Invalid's Family — The Invalid Himself, whose reactions cannot be entirely dissociated from the determinants of the social structure and social dynamics, whether legal and economical aspects, or else purely cultural angles.
Thus, according to circumstances which prevail in different countries, approach must vary and propects are more or less reassuring. F. ex. Social legislation should stimulate the invalid to try his rehabilitation and not discourage him to do so; a cultural pattern in which economic autossufficiency and willingness to work hard are highly valued, will make the chances of rehabilitation much brighter; etc..


**R. C. B. REVOREDO** ..... 137
**Rehabilitation in U.S.A.**

**Seminar on rehabilitation** ..... 140

**F. E. G. MOREIRA** ..... 141
**The National Institute for Rehabilitation (INAR)**

**A. J. LUIKINGA** ..... 143
The Dutch approach to rehabilitation.....

**Society for the care of handicapped children** ..... 147

**F. LÖFSTRÖM, C-E. SANDBERG & AL.** 148
**The first Swedish Regional Center for Medical Rehabilitation**

**A.H.E. ALMEIDA, J.A.N. MIRANDA** 151
**Rehabilitation and discharges against medical advice in Curicica Sanatorium**

**New French legislation on wory for the handicapped** ..... 154

**Society for Assistance to Paraplegics** 154

**Z. MIRANDA** ..... 157
**Rehabilitation and Social Insurance**

**J. GOOSSENS** ..... 161
**Médico-Social Centers for Belgium**

**L. D. ANDRADE** ..... 163
**The rehabilitation of the tuberculous at Jaçanã**

**J. L. C. (I. L. C.** ..... 167
**Recommendations on adaptation and readaptation of the handicapped**

# FINALIDADES E ATIVIDADES DO IPH

O Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, IPH, sociedade civil, cientifica, de âmbito nacional, sem intuitos lucrativos, constituida de pessoas físicas e jurídicas, que se interessam pelo problema de desenvolvimento e pesquisas hospitalares do país, foi fundado a 25 de Janeiro de 1954 e tem séde e fôro na cidade de São Paulo.

O IPH tem por fins realizar e promover estudos e pesquisas no campo hospitalar, bem como divulgar os estudos e pesquisas e fomentar o desenvolvimento hospitalar.

a) — O funcionamento dos hospitais, de modo a elevar o seu nível e possibilitá-los a atingir os seus fins no combate ou prevenção de enfermidades, de maneira mais segura e eficaz;

b) — O estudo de planificação, integração e coordenação de hospitais;

c) — A divulgação ampla de conhecimentos úteis ao ensino ou prática no campo hospitalar;

d) — O planejamento, a construção, a organização e a orientação técnica de hospitais;

g) — Estudar e definir problemas, deficiências e necessidades dos hospitais, propondo e acompanhando tentativas de solução;

h) — Procurar diminuir a multiplicação inútil de esforços e de pesquisas, pela análise, adaptação e divulgação de experiências, já realizadas por hospitais, pelo próprio Instituto e por outras entidades nacionais e estrangeiras;

i) — Estimular e orientar novas pesquisas;

j) — Fazer testes de materiais e de equipamentos, quanto à qualidade, funcionamento e ao rendimento;

k) — Dar assistência técnica à indústria, para a construção, melhoria, modificação, criação e barateamento de aparelhos e equipamentos hospitalares;

l) — Assistir, técnicamente, os consultores, arquitetos e administradores hospitalares e os hospitais em geral, quando solicitado;

m) — Analisar, com objtivo de pesquisa, soluções gerais de hospitais e Investigar a sua eficiência;

n) — Elaborar e publicar peças gráficas, com as necessárias especificações, para servir apenas de roteiro a arquitetos e administradores na confecção de planos de hospitais;

o) — organizar uma biblioteca especializada em assuntos hospitalares;

p) — Instituir bolsas de estudos e promover a concessão de prêmios científicos;

q) — Realizar congressos, conferências, seminários e concursos referentes a assuntos hospitalares;

r) — Incentivar o Intercâmbio de associações ou entidades ligadas, direta ou indiretamente, as atividades hospitalares;

s) — Estimular ou promover estudos de planos para a integração de hospitais em base regional ou nacional;

t) — Organizar e manter atualizado o cadastro dos estabelecimentos hospitalares de todo o país;

u) — Divulgar normas para segurança de trabalho e prevenção de acidentes em hospitais;

v) — Manter estreito intercâmbio com organizações hospitalares e de saúde, nacionais e estrangeiras;

w) — Incentivar as campanhas que visem a construção de novos hospitais e reforma dos já existentes;

x) — Incentivar a organização do Seguro de Saúde, em bases não lucrativas;

z) — Incentivar e cooperar no levantamento de dados estatísticos.

---


**L. R. VIDIGAL** ..... 170
**Bill on rehabilitation for S. Paulo**

**C.R.I.F.A. (Military Rehabilitation Center)** ..... 172

**W. S. MAYER** ..... 173
**Role, functions and responsibilities of vocational orientation for rehabilitaotion in U.S.A.**

**E. POURCHET** ..... 175
**A.R.T.E. (Organization for occupartional therapy in rehabilitation)**

**D. BUTCHER** ..... 180
**Experience of a Social Therapist**

**R. C. B. REVOREDO** ..... 182
**The role of the social worker in rehabilitation**

**W. C. GORTHY** ..... 185
**An ignored dimension in rehabilitation (Administration)**


Some professionals of a rehabilitation center carry an essential role in its management. A satisfactory performance of this duty establishes the foundations for better services, raising them towards the highest level. With such kind of administration there are good reasons to foresee that the best and most efficient use will be made of the available personnel, equipment and other ressources, at a reasonable cost.

This manner of administering is generally an unknown dimension in rehabilitation. Men and women working in this field owe to themselves and to their patients and their community a better understanding that the capacity of administration is conducive to a climate of higher performance. Only when this understanding has been achieved, is can be said that administration is no longer an ignored dimension, but is actually offering a pattern for highest performance,.


**NEWS FROM BRAZIL** ..... 187

**INTERNATIONAL NEWS** ..... 191

**NEWS FROM THE IPH** ..... 194

**Committee on Surgical Packages** .. 194

**LITERATURE** ..... 195

COOPERE PARA A EXPOSIÇÃO - HOSPITALAR DO IPH

PARTILHE DO IDEAL DE MELHORES HOSPITAIS PARA O BRASIL

**2** são as providências que solicitamos do prezado Sócio, a fim de podermos remeter-lhe, **sem interrupção**, "Hospital de Hoje" e as demais notícias do

**I. I. H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalaress**

1 a — **ATUALIZAÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DO SEU ENDERÊÇO NO VERSO DÊSTE.**

2.a — **REMESSA, URGENTE, DA SUA ANUIDADE DO CORRENTE ANO, caso ainda não a tenha enviado, (por cheque, vale postal ou valor declarado).**

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

**DESEJO PARTICIPAR DOS TRABALHOS DAS SEGUINTES COMISSÕES DO IPH:**

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

**Sugiro a criação de mais as seguintes comissões:**

- [ ] .....

**Risque as palavras que não interessam!**

Prezados Senhores,

Tenho encontrado o seguinte problema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

Acho necessário uma perícia ou estudo experimental.

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

| O artigo publicado a | | Interessante | Desinteresasnte | Ótimo | Bom | Questionavel | Máu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |
| Pág. | é | | | | | | |

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

OBS. São Imprescindíveis 2 Fotografias 3 x 4 cm.

IPH

**INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES**

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

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

## FICHA DE INSCRIÇÃO

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

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

.....

2 — NOME DA ENTIDADE .....

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

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

.....

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

6 — ENDEREÇO .....

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

.....

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

.....

8 — CURSOS, TITULOS, DIPLOMAS .....

.....

9 — OBS. .....

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

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

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

ESCREVA BEM LEGÍVELMENTE

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

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

EDITORIAL

# REABILITAÇÃO

Em seu primeiro relatório, o Comitê Especializado em Reabilitação, da Organização Mundial de Saúde, tece interessantes considerações a respeito da reabilitação nos países menos desenvolvidos.

De início se deve salientar que não é possível transplantar pura e simplesmente os serviços que em países de mais alto padrão já se mostraram satisfatórios. E isto por causa da diferença real das necessidades a serem atendidas, da diferença nos padrões e grau de desenvolvimento dos serviços médicos e sociais e, finalmente, da própria diferença da situação econômica e social dos indivíduos.

E' fora de dúvida que a prevenção do defeito é de importância enorme nos países de menor desenvolvimento e deve ter grande prioridade em relação a outros aspectos do problema geral da reabilitação. Mas não se deve perder de vista que as medidas preventivas tendem, de um modo geral, para modificar a forma do problema, porém não suas proporções.

O mais sério dos problemas é sem dúvida o da cegueira, que pode ser grandemente evitada por meio de medidas ativas que, aliás, já estão sendo tomadas em muitos paises. Outras situações são de ataque mais difícil, mas é certo que a melhora das condições das maternidades e das condições de criação muito contribuirão para diminuir o número de casos de crianças defeituosas, ao mesmo tempo que de um modo geral contribuirão para fazer baixar o índice de mortalidade. Ora, atualmente, nos países menos desenvolvidos, um grande número de crianças defeituosas morre em tenra idade, mas com melhores condições de higiene e assistência, que fazem baixar a mortalidade em geral, também um maior número de crianças defeituosas escapará à morte e aumentará portanto a legião dos que mais cedo ou mais tarde terão de ser atendidos pelos serviços de reabilitação. Também se sabe que está aumentando, em países menos desenvolvidos, a poliomielite, que era uma doença quase típica das comunidads mais altamente desenvolvidas. Embora nestas últimas comunidades a vacinação se apresente hoje como grande recurso, que certamente irá diminuir de muito o contingente de defeituosos que têm na poliomielite a origem de seu mal, não se pode afirmar que nas comunidades menos desenvolvidas a vacinação possa dar os mesmos resultados. Mas é fato que os melhores cuidados médicos gerais farão baixar sempre o número dos que morrem, aumentando também o número dos defeituosos que irão precisar de reabilitação.

Uma das conclusões que se tiram do exposto é que nos países que se acham no mais baixo grau de desenvolvimento social e econômico, ou nas regiões rurais de países de desenvolvimento desigual, o problema mais urgente é o de instalar serviços que atendam aos fisicamente defeituosos. De início a atenção se concentrará naturalmente em serviços tanto para adultos quanto para crianças, mas no futuro os serviços para crianças terão a primazia, do ponto de vista da urgência.

A primeira necessidade fundamental é representada pelas medidas de ordem cirúrgico-ortopédica, tendo em vista a natureza dos defeitos encontrados e o fato de se apresentarem os casos tardiamente para tratamento. Enquanto não se desenvolver bem essa fase cirúrgico-ortopédica, nenhuma das outras fases de

reabilitação dos fisicamente defeituosos pode começar com êxito. E' claro que isto só se poderá realizar mediante ajuda monetária e técnica de países mais adiantados, mas uma vez constituido o primeiro projeto piloto no país, servirá êle de foco para a formação e o treinamento necessários à instalação de outros centros.

Aspecto muito interessante do problema é o de saber se se deve cuidar da criação de escolas para alfabetização ou cultura básica dos defeituosos, em países onde a maioria da população é analfabet ou dificilmente encontr escolas. Poderia parecer que não haveria razão para pensar no problema em tais circunstancias, correndo então os fisicamente incapazes a mesma sorte do resto da população. Mas em países assim a alfabetização é uma espécie de passaporte para os empregos e nesse caso seria do máximo interesse dar aos fisicamente incapazes especial atenção a êsse respeito, pois seria um meio de compensar até certo ponto a sua incapacidade física, ou pelo menos de não a agravar. Dever-se-ia pois dar aos fisicamente defeituosos, que se mostrem particularmente inteligentes, especiais cuidados educativos. Onde as distancias são grandes e as escolas poucas, o internato para fisicamente incapazes parece a solução mais satisfatória, mas antes disso se podria introduzir o ensino nos próprios hospitais e enfermarias para os incapazes. O problema não é porém tão simples quando não se trata apenas de proporcionar escolas e aulas de educação geral, mas de assegurar escolas especiais para tratamento de casos particulares, como o dos espásticos. Esses esquemas custam muito caro e é preciso então levar em consideração a possibilidade de obter quadros técnicos especializados e a incidência da paralisia cerebral no lugar. Este problema é complicado em muitos países pela baixa probabilidade de vida das crianças com paralisia cerebral. Talvez a solução estivesse em recolher estas crianças às escolas destinadas às crianças defeituosas em geral, introduzindo nelas, porém, alguns recursos para o tratamento especial delas.

Em relação aos cegos é preciso tratar inicialmente de assegurar-lhes certas facilidades, de modo que a população os possa utilmente absorver. Esse problema é porém diverso quando se pensa em termos de areas rurais, onde a absorção é mais fácil, ou de areas urbanas, onde a absorção é mais difícil, por causa das próprias condições das comunidades. Nas áreas rurais uma boa iniciativa é a criação de centros de treinamento de cegos para os trabalhos agricolas, como se tem feito em Uganda. Nas zonas urbanas impõe-se a criação de escolas especiais, pois a situação que os cegos têm de enfrentar nessas areas, mesmo em países de baixo desenvolvimento, é muito semelhante à que encontram os cegos nas areas desenvolvidas. Mas é preciso não perder de vista jamais as condições locais. O êxito que e tem conseguido nos países adiantados na colocação de cegos em empregos por assim dizer normais se deve em grande parte à multiplicidade de empregos e ao alto grau de mecanização. Estas condições já não prevalecem nas áreas menos desenvolvidas, o que dificulta a solução do problema, impondo ardua tarefa às instituições encarregadas de obter emprego para os cegos.

Muito mais difícil é o problema da surdez e especialmente da surdez de nascença que conduz ao mutismo. Nos países adiantados várias técnicas permitem o diagnóstico muito precoce da surdez e assim possibilitam a imediata implantação de metodos para contornar essa condição. Mas essas técnicas nem sempre podem ser utilizadas em países menos desenvolvido, assim como difícil é neles utilizar os processos que têm por fim ensinar crianças surdas a falarem. E' que essa técnica tem de ser adaptada a cada país, com sua língua diferente, sendo pois um trabalho que exige alto grau de desenvolvimento social e econômico. Aqui, como no caso da cegueira, as zonas rurais levam vantagem sobre as urbanas, pois os surdos podem aprender por imitação as operações mais comuns da vida e das profissões principais, geralmente simples.

Em relação à tuberculose, os progressos gerais da medicina assegurarão mesmo em países menos desenvolvidos uma espécie de parada da evolução do mal, mas com isso aumentará também o contingente, no futuro próximo, de pessoas com defeitos respiratórios. Só em futuro mais distante se poderá esperar que as medidas sanitárias que permitem detectar os casos muito incipientes que a quimioterapia pode curar completamente, sem deixar sequelas sérias.

Para as pessoas nas condições a que nos acabamos de referir será necessário talvez reservar certos tipos de trabalho e considerar ainda a instalação de "oficinas protegidas" ou "colonias". Embora contra este ultimo sistema se tenha levantado muita oposição baseada em argumentos de ordem social nos países mais desenvolvidos, parece que ele poderia dar resultado nos países menos desenvolvidos como um recurso pelo menos razoável.

Os inválidos de natureza cardiaca nos países menos desenvolvidos representam problema de menor gravidade, em parte porque é provavel que a maioria dos entes que poderiam tornar-se invalidos desse tipo morre prematuramente. Mas à medida que se implantar o progresso médico geral na região, o problema aparecerá de maneira cada vez mais intensa. No momento atual a reabilitação para esses doentes é necessária apenas em escala limitada nas regiões medianamente desenvolvidas

Também é problema secundário nessas areas menos desenvolvidas a reabilitação relativa à saúde mental. Existem os doentes mas as condições sociais são de tal sorte que mesmo os deficientes mentais conseguem certo grau de auto-sustentação. Por outro lado, a doença mental-psicoses e psiconeuroses são menos comuns nessas areas.

Quanto à participação da Organização Mundial de Saude em relação aos programas de rabilitação, chegaram os especialistas à conclusão de que, por melhores que sejam os cursos de treinamento e demonstração mantidos por ela, sempre haverá uma dificuldade basica: é que o especialista, treinado em centros muito desenvolvidos, dificilmente se mostra capaz de traduzir o seu conhecimento em termos das necessidades e da capacidade de aplicar das zonas menos desenvolvidas. Isto é especialmente verdadeiro quando o especialista do grande centro desenvolvido é posto em contato com o centro rural de area menos desenvolvida. Surgiu daí a idéia de manter centros e desenvolver certos projetos de reabilitação diretamente em areas de médio desenvolvimento. Aí se formariam ou treinariam profissionais para as regiões vizinhas, que estivessem procurando implantar seus próprios esquemas e projetos de reabilitação. O primeiro centro desse genero foi instalado há pouco mais de sei anos e é cedo para alegar resultados. Mas já se pode dizer, ao que parece, que a idéia é boa e dará resultados satisfatórios.

# A voz de um inválido sôbre a reabilitação

**H. K. LÜSCHER — Suissa**
Tradução de M. Pawel

**Snr. Kaspar Lüscher com seu atendente.**

Há pouco tempo, quando visitava o Centro de Reabilitação Milchsuppe em Basilea, o Dr. Pawel travou conhecimento comigo e me honrou com a incumbência de escrever das minhas impressões sôbre minha estadia no Centro.

Quero, antes de mais nada, apresentar-me ao leitor: Nasci em Zürich, na Suiça, em 1925. Logo mais meus queridos pais reconheceram minha incapacidade de andar e os médicos diagnosticaram a moléstia de Little. Experiências terapêuticas multiplas não deram resultado, até que — já tinha eu 16 anos de idade — mamãe desistiu das tentativas a conselho de um médico experiente e particularmente amável. A partir de então não tive mais assistência médica. A instrução que recebia, por parte de professores particulares, se restringia à matéria que poderia ser ensinada oralmente, pois encurtamentos tendinosos também não me permitiam fazer qualquer uso de meus braços. Meus caros pais cuidaram, na educação que me deram, para que eu não me tornasse um egoista ensimesmado; por isto lhes devo imensa gratidão.

Há pouco menos de 2 anos, mamãe leu no jornal notícia da abertura do Centro de Reabilitação Milchsuppe. Naturalmente leu a notícia para mim com grande animação. Eu, entretanto, de maneira nenhuma compartilhava tal animação: Lembrava-me de que, há 5 anos, tinha a meu próprio pedido sido internado em um instituto de inválidos. Talvez tenha visto e aprendido lá algo de valor para meu caráter. Mas, nunca tendo me sentido doente, o ambiente hospitalar que lá prevalecia me decepcionou e tinha resolvido não fazer mais experiencias deste tipo. Sòmente porque desde criança estava habituado a obedecer a conselhos de minha mãe, acabei concordando de me transferir para Basilea, pelo menos a título experimental.

Confesso hoje que teria sido a maior estupidez de minha vida, se tivesse persistido em meu preconceito para com uma técnica que eu completamente desconhecia. Pois já fazia bastante tempo me oprimia certo sentimento de inutilidade. Parecia-me viver sòmente para agravar a sobrecarga de trabalho, já considerável nesta época frenética, dos que me são caros.

No Centro de Reabilitação de Basilea aprendi práticamente duas noções que até então não tinha conseguido incorporar à minha vida, muito contra vontade: um horário regular de trabalho e uma cordial camaradagem.

No processo da reabilitação sentimentos de inferioridade e que tais não podem surgir, nem mesmo nos incapacitados mais graves como eu, de nenhuma maneira. Por que não? Porque não dizem e pensam: Tanto faz a que horas fulano vem, não pode nos ajudar em nada. Todos são esperados a hora e em lugar aprazados para preenchimento de uma função, uma obrigação. Lembro perfeitamente o dia em que me levaram pela primeira vez, calouro que eu era, para a ergoterapia. Nenhum de meus futuros colegas estava inativo. Um treinava a grandes penas a subir para dentro de uma cama num canto, enquanto outro estava satisfeitissimo por ter conseguido dominar a dificuldade de se meter na banheira de treinamento.

No exame meticuloso a que tinha sido submetido, descobriram que eu tinha ainda um musculo funcionante em meus braços: podia mover ligeiramente meu dedo indicador esquerdo. E tinham pois decidido que eu deveria tentar aprender a escrever a máquina com este dedo. Chegou agora o momento crucial em que fui, pela primeira vez, sentado a frente de minha máquina de escrever. Começou em seguida um trabalho longo, que exigiu muita paciencia por parte das ergoterapistas americanas que me orientavam. Muitas vezes eu me perguntava: Vai ser possível aprender a escrever algum dia? Ou estarei me esforçando em vão? Mas as ergoterapistas sempre me animavam, e seu estímulo enfim me fez abandonar as dúvidas. Talvez me seja permitido expressar aqui a opinião de que o melhor médico não poderá ajudar um inválido sem participação ativa deste último. Sòmente à nimia paciencia das minhas duas professoras, Miss Bates e Miss Sperry, a quem profundamente agradeço, devo a possibilidade de aceitar a incumbência do Dr. Pawel.

No Centro de Reabilitação a um rigoroso dia de trabalho sempre segue uma noite agradável: Organizam-se conferências educativas ou recreativas, por vezes também projeções cinematográficas. Eu gostava especialmente das noites de quinta-feira, regularmente dedicadas à audição de canções alegres. E' de grande valia para nós inválidos, que não temos possibilidade de participar ativamente de sociedades musicais, aprender ou relembrar as canções populares de nossa terra. Por duas vezes, durante minha estadia no Centro, nós inválidos organizamos noites recreativas mixtas com nossos próprios recursos, sempre para plena satisfação dos participantes.

Em resumo, o tempo que passei em Basilea foi uma grande bençam para mim, pois aprendi a realizar um trabalho útil. Terei sempre satisfação em voltar para aquele ambiente de viva camaradagem. E sòmente me é dado desejar que o maior número possível de inválidos tenha a felicidade, como eu — apesar de minha incapacidade especialmente acentuada — a encontrar, através da reabilitação, o caminho para uma vida mais bela e mais satisfatória.

# NOVOS SÓCIOS DO IPH

MILTON SEGALA PAULETTO
Médico
Rua Grajaú, 169
RIO DE JANEIRO — D.F.

JOSÉ LESSA CAMPOS
Estudante de Arquitetura
Rua 15 de Novembro, 42 — 3.o and. — S/ 303
RIO DE JANEIRO — D.F.

FERNANDO DE ARRUDA LOPES
Engenheiro
Rua Riachuelo, 115 — 7.o and.
SÃO PAULO

JOÃO DE ANDRADE OLIVEIRA VASCONCELOS
Projetista
Estrada do Belém, 1457
RECIFE — Pernambuco

JAYME RODRIGUES NINA
Engenheiro
Av. Antonio Augusto Aguiar, 56 — 2.a esq.
LISBOA — PORTUGAL

WILLY HAEUSER
Sociedade Evangelica Beneficente
Caixa Postal, 2339
CURITIBA — Paraná

ALVARO IPPOLITO
Estudante de Arquitetura
Al. Fernão Cardim, 98
SÃO PAULO

JOSÉ CARDOSO
Eletrotécnico
Rua Barão de Teffé, 38 — S/ 21
PETRÓPOLIS — Rio de Janeiro

NELSON DE CARVALHO MESQUITA
Médico
Estrada Velha da Tijuca, 466
RIO DE JANEIRO — D.F.

LOURIVAL VARGAS
Médico
Hospital "Caridade"
CARAZINHO — Rio Grande do Sul

MAURICIO DE ABREU E LIMA
Médico
Rua Dr. José Brusque, 607
PELOTAS — Rio Grande do Sul

DELIO DA COSTA CÂMARA ALEMÃO
Médico
Rua Visconde Septiba, 226
NITEROI — Rio de Janeiro

IRMÃ M. DIONISIA BREMM
Enfermeira
Av. Paulista, 200
SÃO PAULO

FRANCISCO PERRICELLI
Médico
Pça. José Ribeiro, 9
RIO DE JANEIRO — D.F.

ADOLFO DEL RIO
Médico
Rua Rivadavia Correa, 940
SANTANA DO LIVRAMENTO — R. G. Sul

AUREA MARQUES DA SILVA
Enfermeira
Rua Antonio de Barros, 336
SÃO PAULO

MARIO DE ALMEIDA PERNAMBUCO FILHO
Médico
Sanatório Aimorés
BAURU — São Paulo

NILS NILSSON
Engenheiro
Av. Presidente Wilson, 210 — S/ 1205
RIO DE JANEIRO — D.F

LEONIA MELRO DE FREITAS
Enfermeira
Av. Adhemar de Barros, 440
CAPITAL

AFONSO BRUNO FILHO
Médico
Rua Gal. Vitorino, 475
PELOTAS — Rio Grande do Sul

# Ergoterapia e terapêutica ocupacional no Hospital-Psiquiátrico-padrão Sueco

**Statens Kommitté för Sinnessjukvardens Utbyggande**
**Chefe: arq. HENRIK MÜLLER**

No projeto padrão de hospital psiquiátrico com cerca de 800 leitos e com ambulatório psiquiátrico incluso, elaborado por este comité, a ergoterapia obteve locais para sapataria, alfaiataria, tapeçaria, selaria, tecelagem e seção de costura. Estes estão sob supervisão de pessoal com instrução profissional. A terapêutica ocupacional simples, supervisionada em regra por ergoterapistas, obtem espaço para encadernação, trabalhos em papel e papelão, entrançadura (cestos etc.), feitura de vassouras e escovas, artefatos de madeira e metal, artigos de cerâmica torneados ou modelados. Há um local adicional, de reserva, para outras ocupações. Para cada ramo há os depósitos e anexos necessários, assim como saletas de expedição para instrutores ou terapistas e saletas de fumar e de repouso para pacientes. Tamanho e equipamento das salas são calculadas para cerca de 220 doentes, com a pressuposição de que cada paciente deve ter um lugar de trabalho próprio. Na cercania das seções de ergoterapia e terapia ocupacional (praxiterapia, poderia se dizer, para abreviar — MP) deve se dispôr pequena cafetaria com lojeta, biblioteca para enfermos, cabeleireiro e seção de quinesiterapia com ginásio (160 m²), vestiários, banho finlandês (30 m²), salas para as atividades do quinesiterapista (24 m²).

A selaria e tapeçaria, destinada a mais ou menos 10 homens, compreende:

1. Salão de ca. 75 m² com lugar para a) 5-8 mesas 200 x 100 cm, b) máquina de costura 100 x 50 cm, c) máquina de seleiro 150 x 80, d) estante de prateleiras 400 x 80, e) água corrente com f) bebedouro, g) cavalete de costura.
2. Sala de cardação com ca. 18 m², com a) máquina 230 x 170 cm, b) mesa.
3. Depósito com ca. 30 m² para a) palha de madeira, b) crina animal e vegetal, algodão em pluma, panos para móveis, c) colchões a reformar, d) colchões prontos, com armários e prateleiras.
4. Escritório do instrutor, com ca. 6 m², com a) escrivaninha, b) prateleira, c) pia ou WC, d) armários de aço para ferramenta.
5. Sanitário para pacientes com a) bacia, b) mictório, c) pia d) depósito de material de limpeza.

A alfaiataria, prevista para cerca de 12 homens, compreende:

1. Salão de ca. 90 m² com lugar para a) 2 balcões de 300 x 180 cm, b) 8 máquinas de costura 100 x 50 cm, c) calandra a vapor 200 x 150 cm, d) prateleiras 400 x 80, e) 2 mesas de trabalho 200 x 150 cm, f) máquina de casear 100 x 150, g) mesa de corte 300 x 100, h) prateleira para pano cortado 300 x 40, i) varapau de 200 cm para pendurar ternos, j) mesa 150 x 80 para passar a ferro, k) água corrente e bebedouro.
2. Depósito com ca. 18 m², provido de prateleiras de ca. 85 cm de profundidade.
3. Escritório, com ca. 6 m², com escrivaninha 120 x 80 e pia.
4. Sanitário para pacientes, como acima.

A sapataria, para ca. 10 pessoas, conta com:

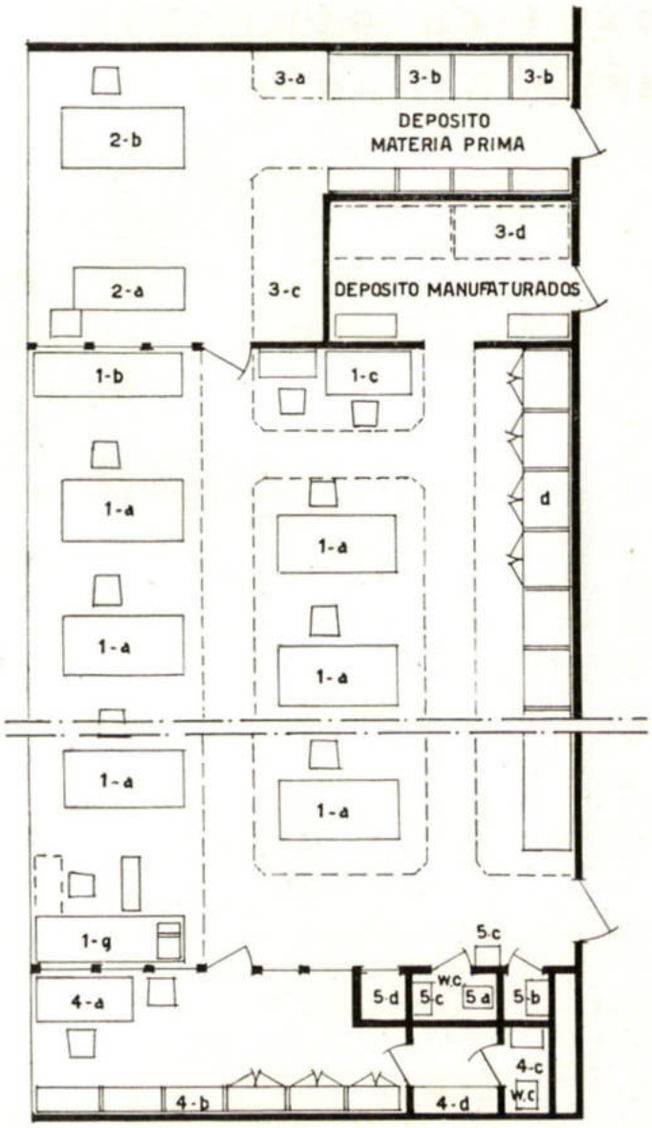
1. Salão de ca. 75 m² com lugar para a) 2 mesas de trabalho 300 x 100, b) mesa de lustrar com aspiração 250 x 90, c) mesa de corte 250 x 90, d) esmeril 50 x 50, e) 2 máquinas de costurar 100 x 50, f) máquina de fender 100 x 60, g) prensa para sola 80 x 80, h) 2 prensas de colagem, i) máquina combinada de cortar sola etc., j) bacia de molhar 60 x 80, k) prateleira para formas 250 x 40, l) prateleira para calçados 600 x 60, m) balcão para recepção e entrega de calçados 60 x 200 cm, n) água corrente com bebedouro.
2. Depósito, com ca. 9 m², com prateleiras.
3. Expedição (escritório) com escrivaninha 120 x 60 cm e pia.
4. Sanitário de pacientes como acima.

Seção de costura, para ca. 30 mulheres, com

1. Salão de confecção, de ca. 72 m², com lugar para a) 4 mesas de trabalho 200 x 80 cm, b) mesa de corte 200 x 140, c) 10 máquinas de costura 100 x 50, d) máquina de casear 100 x 50, e) máquina ziguezague 100 x 50, f) máquina de cortar 100 x 50, g) tabua de passar 150 x 40, h) prateleiras para roupa cortada e terminada 600 x 70, i) água corrente com bebedouro.
2. Depósito, com ca. 12 m², com prateleiras.
3. Cubículo para provas, de ca. 6 m².
4. Salão de ca. 42 m² para consertos, com lugar para a) máquina de costura 100 x 50, b) máquina de serzir 100 x 50, c) 2 mesas de trabalho 200 x 80, d) tabua de passar roupa 150 x 40, e) água corrente com bebedouro.
5. Depósito para material de conserto.
6. Expedição, de ca. 6 m², com escrivaninha 120 x 60 e pia.
7. Dois sanitários com bacia, depósito de material de limpeza.

Seção de trabalhos em papel, papelão, vime, etc., para aproximadamente 20 homens e 20 mulheres:

1. Salão para encadernação, ca, 48 m², com lugar para a) balcão de trabalho 900 x 80, b) 3 mesas de trabalho 250 x 100, c) cortadeira de papelão 150 x 90, d) máquina de aparar 110 x 100, e) prensa 110 x 100, g) água corrente com bebedouro, g) espaço para depósito de matéria prima.
2. Salão para cestaria e outros trabalhos similares, ca. 105 m², com lugar para a) balcão de trabalho 600 x 80, b) 3 mesas de trabalho 250 x 100, c) tanque para por de molho 100 x 100, d) tanque 250 x 30, e) água corrente e bebedouro, f) espaço para depósito de matéria prima.




CHÃO: LINOLEO.
PAREDES E TETO A OLEO.

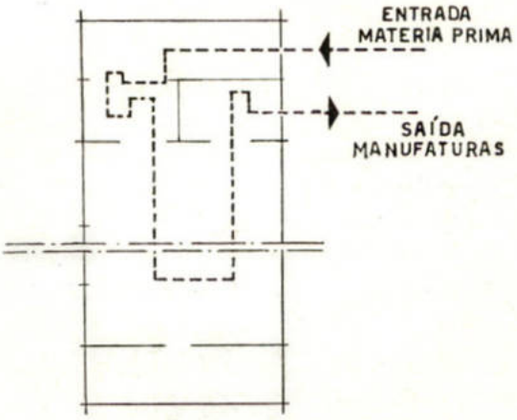



**Figura 1 — Planta-padrão da Secão de Selaria, Tapeçaria e fluxograma correspondente.**

3. Sala de ca. 18 m² — conjunta para 1. e 2. — destinada a expedição e guarda de amostras ou modelos, com escrivaninha 150 x 60 e prateleiras 500 x 60.
4. Depósito para material de limpesa e sanitários: 2 W.C. para mulheres, 1 W.C. e 1 mictório para homens.

Tecelagem, para ca. 30 homens e 30 mulheres:

1. Salão de ca. 180 m² para homens com lugar para a) 20 teares 170 x 130 cm, b) 2 mesas de trabalho 200 x 80, c) balcão de trabalho 330 x 80, d) 2 máquinas de costura 100 x 50, e) prateleiras 700 x 40, f) água corrente com bebedouro.
2. Salão igual para mulheres.
3. Salão comum para urdidura, de ca. 45 m², com lugar para a) quadro de urdidura 250 cm de diâmetro, b) bobinagem 100 x 50, c) roldana 70 cm de diâmetro, d) prateleiras 700 x 80 cm.
4. Armazenagem de fios, comum para 1. e 2., ca. 15 m², com prateleiras.
5. Expedição, ca. 12 m², com escrivaninha 150 x 60 e pia.
6. Depósito de material de limpeza e sanitários: 3 W.C. para mulheres e 2 W.C. e 1 mictório para homens.

Seção de artefatos de madeira e metal, para ca. 30 homens:

1. Salão para artefatos de madeira, com ca. 90 m², com lugar para a) 5 mesas de trabalho 200 x 80, b) 4 bancos de carpinteiro 210 x 80, c) torno elétrico 250 x 40, d) esmeril 60 x 40, e) mesa para limpar 160 x 60, f) água corrente com bebedouro.
2. Salão para artefatos de metal, ca. 36 m², com lugar para a) 2 mesas de trabalho 200 x 80, b) balcão de trabalho 600 x 80, c) lustradora elétrica 140 x 80, d) água corrente com bebedouro.
3. Área para solda autogênea, com ca. 9 m².
4. Depósito para 1., com ca. 21 m².
5. Depósito para 2., com ca. 9 m².
6. Espaço comum a 1. e 2. para expedição e guarda de modelos, ca. 18 m², com escrivaninha 150 x 60 e prateleiras 500 x 60 cm.
7. Depósito de material de limpesa, 2 W.C. e 1 mictório para pacientes.

Cerâmica, para ca. 10 pessoas, homens e mulheres:

1. Salão com ca. 60 m², com lugar para a) 3 mesas ou balcões de trabalho, b) forno elétrico, c) prateleiras para artefatos terminados, d) balcão de gesso, e) caixote de barro, f) torno cerâmico elétrico, g) água corrente com bebedouro, h) balcão de limpesa.
2. Depósito de material, ca. 6 m².
3. Expedição, ca. 6 m², com escrivaninha 120 x 60 e pia.
4. Depósito de material de limpesa, sanitário para mulheres e sanitário com mictório para homens.

Local para reserva e praxiterapia outra, para ca. 10 homens e 10 mulheres:

1. Duas a três salas de trabalho, cada uma com ca. 24 m².
2. Depósito comum, ca. 12 m².
3. Depósito para material de limpeza, sanitário para mulheres e sanitário com mictório para homens.

# Dados sobre a reabilitação no Brasil

DR. FERNANDO BOCCOLINI (*)

Incumbência das mais difíceis no momento é escrever sôbre o título acima. A dificuldade é oriunda especialmente do fato de não se conhecer, por falta de publicações, o que se está fazendo no sentido da Reabilitação nêste vastíssimo país.

Pedimos, antes mesmo de iniciar nossa exposição, desculpas pelo trabalho certamente incompleto que faremos. Se alguma entidade se dedica à reabilitação e não foi aqui mencionada, que nos perdoe e, em vez de se considerar esquecida, nos mandede imediatamente dados sôbre o que está realizando que de pronto corrigiremos nossa falha.

A reabilitação, em seu sentido amplo e total, há bem pouco tempo começou a aparecer no Brasil. Lembramo-nos que, em 1950, quando fomos encarregados pelo Dr. Paulo de Castro Correia de estudarmos o assunto no SESI nunca tínhamos ouvido falar em tal especialidade.

Baseados em publicações americanas, iniciamos nossas pesquisas e então ficamos sabendo da existência de atividades de certas organizações, atividades estas que bem podiam ser rotuladas de reabilitação naquela ocasião. Hoje essas organizações desenvolveram-se bem, mudaram seu modo de ação e estão seguramente fazendo reabilitação, se bem que nem tôdas em caráter vocacional.

Para que fique justificada a afirmação acima necessário se torna uma definição do que seja reabilitação em sentido geral. Só assim pode-se compreender porque dissemos que nem tôdas as organizações fazem realmente reabilitação.

Para nós, baseados no que ficou estabelecido na IV Conferência Internacional do Trabalho, Genebra 1954, adotamos o termo Reabilitação em sentido geral como "um conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, econômicas e vocacionais com a finalidade específica de fazer com que um indivíduo deficitário, usando tôda sua capacidade restante, seja capaz de, por si só, prover sua subsistência". No entanto podemos ter conceitos parciais de reabilitação: assim a **reabilitação física** que só compreende a restauração do estado físico; a **reabilitação ortopédica ou funcional** de um membro lesado, significando que um paciente, do ponto de vista funcional de um dos membros, estará ápto para exercer sua máxima capacidade restante de ação funcional em relação a êsse membro, e assim por diante.

É por êsse motivo que dissemos que algumas organizações fazem a reabilitação mesmo sem ser em carater vocacional. Exemplo típico é a Associação de Assistência à Criança Defeituosa que promoveu a reabilitação física de crianças com sequelas de pólio e paralisia cerebral, incluindo em seu programa de expansão também treinamento pré-vocacional.

A conceituação de reabilitação no Brasil ainda não está bem definida. Usam-se termos tais como: recuperação e readaptação para significar todo o processo, quando na realidade estas denominações referem-se à etapas da reabilitação. No entanto há tendência para a unificação da nomencletura, o que trará certamente vantagens para a compreensão de todo o processo e consequentemente do conceito de reabilitação. Os interessados nessa questão poderão, nas próprias leis, poucas e inoperantes que existem no Brasil, verificar a exatidão do que dissemos acima.

A unificação da nomenclatura é extremamente importante, especialmente se considerarmos o ponto de vista de futuras leis que sejam promulgadas nêsse sentido. E' necessário que se fale uma só linguagem para bem poder interpretar o alcance delas e sua aplicação correta.

Passando agora para um plano mais objetivo, vejamos o que conhecemos a respeito das leis que, de uma forma ou outra, mencionam ou regulamentam a reabilitação:

1941 — Decreto Lei 12.273 estadual, regulando o provimento e a vacancia de cargos públicos estaduais (Cap. LX — Art. 72 e 73) em São Paulo.

1943 — Portaria C.N.T. 83 — Autoriza aos IAPs a organização de serviços de **readaptação** e **reeducação.**
Decreto Lei 5.895 — Autoriza ao DASP o aproveitamento de indivíduos com capacidade reduzida.
Decreto Lei 5.452 — Assegura ao incapacitado a função anterior (e sòmente esta) facultando ao empregador a indenização e despedida.

1944 — Portaria C.N.T. 53 — Encarece a necessidade de uniformização dos Serviços de **Readaptação** e **reeducação.**
Decreto Lei 7.036 — Reforma a Lei de Acidentes de Trabalho — tratando em seu Capítulo LVII da **Readaptação.**

1945 — Decreto Lei 7.270 — Dispondo sôbre a criação da CRIFA.

---

* — Chefe do Serviço de Reabilitação do SESI, Presidente do Club do Paraplégico Azes da Cadeira de Rodas, Membro do Conselho Consultivo da Associação de Assistência à Criança Defeituosa, Assembly Member da International Society for the Welfare of Cripples, Presidente da Seção de Reabilitação da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho.

Decreto Lei 7.380 — Autoriza novamente a criação de Serviços de **Readaptação** nos IAPs.
Decreto Lei 7.527 — Retificando o Decreto Lei 7.036.

1949 — Decreto 26.778 — Aprova regulamentos sôbre as Caixas de Aposentadorias e Pensões, inclusive critérios sôbre invalidez, aproveitamento e remuneração.

1951 — Decreto 29.642 — Dispõe sôbre a **readaptação** dos funcionários públicos civis e federais.

1956 — Decreto 27.083 Estadual — Cria a título provisório anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, o INAR (Instituto Nacional de Reabilitação).

1957 — Projeto de Lei Estadual 2.029 — Cria o Conselho Estadual de **Adaptação**, **Readaptação** e **Colocação** de Inválidos e prescreve outras disposições.
Decreto 1.918 — Institue a Comissão Especial de **Readaptação** profissional e Serviço Social no IAPI.

1958 — Projeto de Lei de autoria do deputado Fernando Ferrari sugerindo a criação de um Conselho Nacional para regulamentar a reabilitação (não pudemos obter cópia do documento).

Em ligeiro comentário, pode-se ver que há coisas realmente engraçadas. Por exemplo: a Portaria C.N.T. 53/44 encarece a necessidade de uniformização dos Serviços de **Readaptação e Reeducação**, na época e até hoje inexistentes. Dois decretos autorizando a criação de Serviços de **Readaptação** nos IAPs (C.N.T. 83/43 e Decreto Lei 7.380/45) que até 1958 não foram oficialmente criados. Existem nestas autarquias pequenos núcleos incompletos, funcionando mais às expensas de boa vontade de funcionários dedicados, sem suporte oficial algum. Recentemente, há um movimento muito grande no IAPI resultante da criação por decreto 1.918 da CERPSS, cujo resultado, esperamos, seja a instalação de um verdadeiro Centro de Reabilitação.

Lendo o texto de tôdas estas Leis, Decretos e Portarias, ve-se que não há uma continuidade, uma interrelação nítida, enfim uma sequencia de medidas tendentes a realmente favorecer a reabilitação. Há disposições esparsas, umas modificando outras, sem finalidade objetiva e realisável em escala nacional. Parecem mais destinadas a corrigir falhas de determinados serviços do que a regulamentar realmente matéria tão importante.
Haveria a necessidade da reunião de pessoas experimentadas no campo da reabilitação, da legislação trabalhista e de legisladores que, discutindo ampla e livremente, traçassem normas regulamentando o assunto. Reabilitação é trabalho de equipe, mesmo em tratando de fazer Leis.

E' nossa impressão que, em um país em que nada se fez oficialmente em matéria de Reabilitação, e cuja legislação trabalhista é peculiar em muitos sentidos, deveria ser feita inicialmente uma experiência oficial. Para isto deveria ser criado, em uma entidade qualquer, por exemplo o IAPI, um Centro Experimental de Reabilitação. Nêste Centro, supervisionado por técnicos estrangeiros ou nacionais, com prática no campo de Reabilitação, observadores de todos os setores interessados poderiam estudar bem o assunto, fazer anotações, discutir os diversos pontos de interêsse e sòmente após um prazo estabelecido, p. ex., de um ano, estabelecer Leis que regulamentassem o assunto. E' bem mais fácil e objetivo, partir-se da prática para estabelecer normas do que partir-se de normas incertas para pôr em prática medidas cujo resultado entre nós ainda é desconhecido.

Há que considerar ainda o aspecto econômico. Uma experiência como a que foi sugerida é bem mais barata que o estabelecimento de medidas gerais que nem sempre darão resultado que se espera.

Além do que foi dito, existem leis trabalhistas, já em vigor há muitos anos, que necessitariam ser modificadas para permitir o reaproveitamento de certos elementos em outras funções. Como curiosidade citaremos sòmente um dispositivo legal que impede a uma firma de baixar o nível de salário a um elemento antigo que vá desempenhar outra função na mesma firma. Um torneiro mecânico especializado que por ocasião do acidente, ganhasse p. ex., Cr$ 6.000,00 mensais, não poderia passar a trabalhar no almoxarifado pois o salário pago nessa função seria de Cr$ 4.000 00. Mesmo que o patrão consinta na troca e o operário também, se encontrariam impossibilitados de fazê-lo pois a lei o proibiria. Isto teria de ser modificado incluindo-se uma ressalva em que se estabelecesse que esta troca seria permitida, uma vez que o operário em questão tivesse tido sua capacidade física diminuida em consequencia de acidente ou moléstia e tivesse indicação formal de um Centro de Reabilitação. Só esta pequena medida já facilitaria muito o trabalho de recolocação. E como esta, muitas outras se tornariam necessárias.

No que se refere à execução prática da reabilitação, não podemos nos esquecer do aspecto dos técnicos no assunto. No Brasil contam-se nos dedos os técnicos em Terapêutica Ocupacional. A Associação Brasileira Beneficiente de Reabilitação no Rio e o Instituto Nacional de Reabilitação em São Paulo, são as duas entidades **que conhecemos** que estão tratando da formação de técnicos no assunto. Fisioterapistas com curso regular e especializado em ginástica corretiva, protéticos capazes, com formação real, técnicos em foniartria, recreacionistas capazes, são outros tantos elementos que são escassos entre nós. E são êstes elementos que nos fazem falta terrível, pois são a alma de um Centro de Reabilitação.

O envio de pessoas ao estrangeiro, para adquirir formação especializada, sòmente em parte resolve o problema. Melhor será o contrato com técnicos estrangeiros para a formação de especialistas aqui em nosso país. Com o INAR e a ABBR, êste aspecto do problema foi em parte resolvido. Sòmente se torna necessário o estabelecimento de bolsas de estudos afim de permitir candidatos virem a São Paulo ou Rio de Janeiro para estudar. Só assim poderemos em curto prazo estar aptos à estabelecer vários Centros de Reabilitação nas principais cidades brasileiras.
Ainda hoje, Reabilitação é apenas um nome para a maioria das pessoas. O que significa, suas possibilidades, o que se pode esperar de um reabilitado, as oportunidades que devem ser dadas a êle, coisa que ninguém pràticamente avalia. O pensamento geral, pelo menos em nossa experiência, é que se quer colocar um **inválido** para que êle possa viver. Quando explicamos o que foi feito, as aptidões do candidato e após uma experiência para avaliar a produção por êle dada, a surpresa é grande.

A difusão das finalidades da Reabilitação, das vantagens em empregar reabilitados, da economia enorme que representa para a Nação, se torna medida imperiosa. Sòmente após campanha esclarecedora bem feita, é que se irá encontrar relativa facilidade na coroação do processo de reabilitação — o reemprêgo.

O preparo dos candidatos à reabilitação em escolas profissionais traz a vantagem do conhecimento prático da função a ser exercida, coisa que no Brasil ainda é raro. Para o preparo dêstes candidatos, não há problemas, pois escolas profissionais com excelente padrão e ótimos professores, não nos faltam. Em São Paulo, o Serviço Nacional de Aprendizado Industrial (SENAI), o Serviço Nacional de Aprendizado Comercial (SENAC), a Escola Profissional Getúlio Vargas, a Escola Profissional Carlos de Campos e tantas outras, garantem esta parte. E' só uma questão de estudar como será feita esta cooperação.

Estas mesmas Escolas devem contribuir com um capítulo extremamente importante em matéria de reabilitação que é a análise profissional. E' necessário que se conheça em detalhes quais as aptidões intelectuais e físicas requeridas para cada profissão (pelo menos as mais comuns) para que se possa enquadrar dentro das mesmas, os candidatos que se submeteram ás provas de orientação e seleção vocacionais.

Procure-se um "dicionário de profissões" ou um trabalho sôbre Análise profissional e só se encontrará pouca coisa feita. Que seja do nosso conhecimento, só sabemos da análise de algumas profissões feitas pelo SENAI.

Um estudo do Mercado de Trabalho também é muito necessário, pois assim se poderá selecionar algumas funções mais procuradas e mais fáceis para o preparo dos reabilitandos. E' inútil ter-se grandes oficinas vocacionais ou preparar-se um técnico em determinado ramo, se êste ramo não oferece possibilidades de colocação rápida e constante. Com o conhecimento do mercado de trabalho, ficará simplificado o problema do reemprêgo. Êste estudo poderá ser feito por um escritório, agência ou departamento de colocações para o qual serão enviados os reabilitandos preparados pelos Centros. A êle serão feitos os pedidos ou serão dadas a conhecer as necessidades em pessoal quer das indústrias quer do comércio. Em São Paulo há uma agência de colocação da Secretaria do Trabalho, Indústria e Comércio que no entanto não aceita pessoas deficientes físicas por impossibilidade absoluta de avaliação dos candidatos. Mesmo para os "normais", baseia-se apenas nas informações prestadas pelos interessados. E como é fácil de prever, não é método muito satisfatório.

Não se tem dados sôbre o número de pessoas que necessitam de Reabilitação. Nos grandes centros industriais, como é o caso de São Paulo, deveria haver um Cadastro, pelo menos parcial ou aproximado de pessoas com defeitos físicos. Seria muito mais fácil planejar alguma coisa com base em dados concretos. Há real necessidade disto. Nos EE.UU., há agências do Govêrno que se ocupam apenas do levantamento do número de pessoas que, em determinadas zonas, necessitam de reabilitação. Procedendo assim, podem fazer previsões quanto a verbas, capacidade de atendimento dos Centros, quais as especialidades que devem ser mais desenvolvidas, e muitos outros dados.

Que se faça aqui no Brasil um levantamento de incapacitados, (pelo menos nas capitais de Estados) e já teremos um bom pedaço de caminho andado. O planejamento de futuros serviços se tornará mais fácil.

A fundação para o Livro do Cego, tem se esforçado para obter um recenseamento do número de cegos existentes em São Paulo. Não sabemos dos resultados numéricos que obtiveram, porém sabemos que êste esfôrço foi compensador.
Há atualmente uma campanha para os surdos mudos em que se pede ao povo em geral, que comunique ao Govêrno do Estado, a existência de crianças surdo mudas, com a finalidade de facilitar sua educação escolar. Serão criadas classes especiais junto aos Grupos Escolares.

Para o recenseamento de mutilados que necessitem de reabilitação, muito poderão contribuir de maneira não dispendiosa, as Companhias Seguradoras quer oficiais quer particulares. Basta para tanto que façam, dos casos por ela atendidos, uma ficha especial que será posteriormente enviada a um organismo central controlador. Embora de maneira incompleta, teriamos dados reais que dariam para um início de planejamento.

Não citamos aqui, de modo especial, moléstias incapacitantes tais como sequelas de pólio, paralisia cerebral, cardiopatias, tuberculose, etc., pois automáticamente foram englobadas no número de pessoas que necessitam de reabilitação.

Passemos agora em revista as instituições que conhemos e aquelas sôbre as quais temos alguma coisa escrita, tais como trabalhos, relatórios ou estatutos. Evidentemente muita falha será encontrada nesta parte. Já nos desculpamos porém anteriormente dando os motivos dessas falhas.

Procurando manter uma ordem cronológica, não garantidamente exata, cumpre-nos salientar em primeiro lugar em São Paulo o Pavilhão Fernandinho Simonsen na Santa Casa de Misericórdia. Criado inicialmente com finalidade de tratamento de crianças com defeitos físicos, especialmente na parte ortopédica, desenvolveu-se depois na parte de reabilitação, oficina própria de prótese, fisioterapia e treinamento no uso de aparelhos ortopédicos. Faz a parte de recuperação pròpriamente dita em grau mais elevado que as outras fases de reabilitação.

Lar Escola São Francisco, fundado a 1.o de Julho de 1943 "cuja finalidade é além de assistir aos meninos deficientes físicos, especialmente aos desamparados, cuidar da sua recuperação moral e social". Mantém o Lar Escola São Francisco, além de assistência médica, assistência odontológica, psicológica, social, escola primária e várias oficinas com instrução pré-vocacional e vocacional. Vários de seus assistidos já deixaram o Lar e estão trabalhando e ganhando suas vidas. E' destinado exclusivamente a meninos.

Hospital São Luiz Gonzaga (Jaçanã) que em 1945, graças aos esforços de J. O. Nébias, iniciou atividades de Laborterapia para seus pacientes internados. Estas atividades foram aumentando progressivamente em número de pacientes e ocupações, até que por volta de 1954 foi reorganizado em moldes de um verdadeiro Centro de Reabilitação para pacientes portadores de tuberculose. Hoje conta com várias oficinas para aprendizado profissional a saber: tipografia, marcenaria, bar e anexos, escritório, rádio técnica, pôsto de serviço para automóveis, sapataria, oficina de guarda-chuvas, alfaiataria, datilografia, desenho e naturalmente cursos primários para alfabetização, além de outros. Para as pacientes do sexo feminino há salão de beleza com manicure, cabeleireira, seção de costuras, tecelagem, etc. Há excelente orientação psicológica a cargo do Dr. Luiz Gonzaga Dias de Andrade e ótimo Serviço Social. Cuida-se sempre da parte de reemprêgo, fazendo-se o "follow up" dos casos.

Também em 1945 foi fundada a CRIFA (Comissão de Readaptação dos Incapazes das Fôrças Armadas). A única referência que pudemos obter sôbre a CRIFA foi aquela publicada nos Anais do I° Congresso Brasileiro de Medicina Militar em que infelizmente o A. dá a data de fundação, alguns outros informes, e a data de extinção (mensagem 129 de 10-3-48) afirmando que com 7 milhões de cruzeiros e 2 anos de prazo a aludida Comissão conseguiu reabilitar apenas 1 homem.

Em 1944 (Portaria 260 de maio de 1944 Ministério da Saúde e Educação) foi criado o Serviço de Assistência a Mutilados (SARM) cuja finalidade é o fornecimento de próteses aos amputados. Encontramos, nos Anais do 1.° Simpósio de Recuperação de mutilados, referências a êste Serviço feitas pelo seu próprio chefe. Será melhor que os interessados vejam por si o que é o SARM lendo o relatório de seu diretor Espindola, nos Anais do I° Congresso Brasileiro de Medicina Militar, diz em 1954: "o SARM nasceu mutilado e continua mutilado e inoperante 10 anos depois".

Em agosto de 1950 fundou-se a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD) com finalidade de recuperação de pequenos pacientes portadores de sequelas de pólio e paralisia cerebral além de defeitos congenitos. Esta Associação tem se desenvolvido magnificamente e está atualmente com vasto programa, cuidando já da reabilitação das crianças a seu cargo, com programa educacional e prevocacional muito bem delimitado e planejado. Iniciará em breve a construção de um grande Centro Escola de Reabilitação e então terá oportunidade de expandir muito suas atividades. Conta com uma ótima equipe, muito bem treinada, tendo procurado constantemente melhorar seu padrão com o contrato de técnicos estrangeiros que permanecem a serviço da AACD por prazo variado.

Em agosto de 1950, inaugurou-se o Serviço de Reabilitação do SESI (Serviço Social da Indústria) em São Paulo. Desde o início a finalidade do Serviço de Reabilitação do SESI foi a REABILITAÇÃO em sentido geral procurando cobrir tôdas as fases do

processo, iniciando com o tratamento dos casos (recuperação), educação, física, escolar e profissional (reeducação), treinamento quer físico, mental ou vocacional (readaptação) indo até a fase final de colocação (reemprêgo). Embora inicialmente trabalhasse em caráter experimental, com uma equipe muito reduzida, atualmente tem quase todas as seções exigidas, grande experiência e resultados animadores. Cuida dos casos em geral sem selecionar esta ou aquela lesão incapacitante.

Em 30 de Julho de 1951 criou-se em caráter experimental o Setor de Readaptação no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários no Rio de Janeiro, no dizer de sua relatora, em moldes mínimos. Não temos maiores dados que nos permitam melhores explicações de seu funcionamento.

Em Fevereiro de 1954, iniciou-se no Serviço Médico do IAPI em São Paulo, um Setor de **Readaptação,** também em caráter experimental e excepcional. Sabemos que êste Setor conta sòmente com médicos e assistentes sociais, não estando portanto sua equipe, dentro do mínimo necessário para a execução de um programa de reabilitação.

Em Agosto de 1954 inicia suas atividades a Assocação Brasileira Beneficiente de Reabilitação (ABBR) no Rio de Janeiro com um excelente programa, incluindo a formação especializada de técnicos nos dferentes setores necessários. Resultados em números não puderam ser por nós obtidos.

Em 1955 começou a funcionar na Clínica Ortopédica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a orientação de técnicos da ONU, o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), Centro demonstrativo do processo de Reabilitação e escola para formação de técnicos

Em 1956 fundou-se a Assocação Paulista para a Correção dos Defeitos da Face. Está atualmente iniciando a construção de um excelente Instituto Hospital, com várias seções, inclusive, ortodontia, foniartria, higiene mental etc.

Passaremos a citar agora outras Instituições que se ocupam da Reabilitação e sôbre as quais não temos maiores dados a não ser informações esparsas.

Escola Santa Terezinha (São Paulo) para surdos mudos (Irmãs religiosas — estabelecimento particular).

Casa da Esperança (Santos) para crianças com sequelas de pólio e paralisia cerebral (Dr. Emilio Navajas).

Fundação do Livro do Cego (São Paulo) para cegos, incluindo parte vocacional (Dna. Dorina Nowil).

Instituto Padre Chico (São Paulo) para crianças cegas.
Instituto Pestaozzi (São Paulo e Rio) para crianças débeis mentais.

Educandário São João Batista (P. Alegre) para crianças defeituosas.

Instituto Nacional para Surdos Mudos (Rio de Janeiro).
Instituto Benjamin Constant (Rio de Janeiro) para cegos.
Sanatório Curicica (Rio de Janeiro) para tuberculosos.
Outras Instituições com certeza existem no Brasil, ocupando-se de pelo menos uma parte da Reabilitação. Mais uma vez pedimos a elas nossas desculpas pela omissão e solicitamos que nos enviem relatórios e trabalhos, indicando finalidades e resultados obtidos*.

Qualquer informação a respeito de Reabilitação, será por nós imensamente apreciada, uma vez que achamos que a REABILITAÇÃO é a solução ideal para um grande número de brasileiros aos quais é negado atualmente, o direito de VIVER E TRABALHAR.

---

(*) Correspondência — Alameda Rio Claro, 157 — São Paulo — Capital.


**RESUMO:**

Depois de algumas palavras sôbre a conceituação da reabilitação e a necesisdade de unificar a nomenclatura a ela referente, o autor revê a escassa e heterogênea legislação brasileira que menciona a reabilitação. Proclama que reabilitação é trabalho de equipe e que também os projetos de leis a ela atinentes devem ser feitos por equipe em que os técnicos estejam bem representados. Mas prefere que fosse antes colhida experiência em um Centro Experimental oficial e sòmente depois se cuidasse de legislar sôbre o assunto.
Discute a falta de técnicos no Brasil, assim como a falta de difusão da finalidade da reabilitação entre os empregadores e a falta de informações básicas para a avalição das necessidades brasileiras em matéria de reabilitação e a um planejamento coordenado.
Finalmente, passa em revista as instituições brasileiras nas quais se cuida da reabilitação de que tem conhecimento.


**TRABALHOS CONSULTADOS**


AMARAL, A. C. — Recuperação dos mutilados do aparelho locomotor — Aspecto social do problema da recuperação no Brasil. An. Iº Cong. Med. Militar. Vol. I, pg. 359 ss., 1958.

AMARAL, A. C. — Organização e funcionamento da ABBR, XII Cong. Soc. Bras. Ortopedia e Traumatologia, São Paulo Agosto de 1958.

ARAUJO, Achilles prof. — Conceito e estado atual do problema da Assistência ao mutilado do aparelho locomotor — An. Paul. Med. Cir. Vol. LXVI, n.º 4, Outubro de 1953, pg. 269.

BOCCOLINI, F. — Reabilitação — Trabalho de equipe, An. Paul. Med. Cir. — Vol. LXVI, Outubro de 1953, n.o 4.

BOCCOLINI, F. — Dois anos de atividades no Serviço de Reabilitação do SESI. An. Paul. Med. Cir. — Vol. LXVI, Outubro de 1953, n.o 4.

BOCCOLINI, F. — O problema da Reabilitação dos incapacitados, tema oficial. I.º Cong. Bras. Med. Legal e Criminologia. Vol. II, pg. 169, Dezembro de 1953.

BOCCOLINI, F. — Problema de reabilitação — Prémio "Idealizadores do SESI, 1954".

BOCCOLINI, F. — Recuperação dos mutilados do aparelho locomotor. An. I.º Cong. Bras. Med. Mil. — Vol. III, pg. 32, 1954.

BOMFIM, R. — Estatutos da Associação de Assistência à Criança Defeituosa, 3 de agosto de 1950.

BOMFIM, R. — AACD Report of activities 1954.

CUNHA, Ernani Fernandes, Dr. Capitão de Fragata — Aspecto Social do Problema da Recuperação no Brasil. An. I.º Cong. Bras. Med. Militar. Vol. I, pg. 371.

ESPINDOLA, J. O. Dr. Major — Recuperação dos mutilados do aparelho locomotor. An. I.º Cong. Bras. Med. Militar. Vol. I, pg. 349 e seguintes.

MIRANDA, Z. — Readaptação profissional — uma experiência brasileira. An. II.º Cong. Am. Med. Trabalho, Rio de Janeiro, Setembro de 1952.

NÉBIAS, Otávio — O trabalho no tratamento e na reabilitação dos Tuberculosos. Rev. Paul. Tisiol. Ano XI, II.º vol., n.o 4, Jul. Ag. 45, pg. 191.

NÉBIAS, O. — Sugestões para ampliação do Serviço de Reabilitação Vocacional do Hospital de Jaçanã — Separata Bol. S. Casa, Vol. I ns. VI e VII, 1950.

POWER, F. R. — Report on Vocational Rehabilitation in Brazil. Abril de 50.

RAMOS, J. e Col. — A reabilitação nas oficinas do Hospital Jaçanã.

RELATÓRIO de 1951 — Lar Escola São Francisco.

RUSK, H. A. — Rehabilitation — Third Phase of Medicine. Year-Book of Physical Medicine and Rehabilitationa 1950, pg. 25.

# Centro de reinserção suísso "Mîlchsuppe"

**H. Stampfli**
**W. Schweingruber**

Estamos satisfeitos em poder referir o início de nossas atividades em "lar próprio", que foi oficialmente inaugurado em 31 de outubro de 1956. As informações estatísticas que seguem incluem, além dos pacientes de 1957 inteiro, os 43 pacientes já atendidos em 1956. Tivemos 151 admissões, das quais 9 de estrangeiros.

Quanto às formas de invalidez, eram 17 sequelas de poliomielilite, paraplegicas 10, hemiplegias 14, formas de Little 13, outras paralisias 21, amputações 19, deformidades 9, sequelas de tuberculose 9, outras 39.

Em 25 pacientes não havia problema de orientação vocacional; 12 sòmente desejavam ganhar independência em cuidar de si mesmos ou de seus afazeres domésticos; 9 sòmente passaram pela escola de amputados para adaptação de próteses e em 4 o problema era de prover seu lugar de trabalho com dispositivos e assento apropriado. Os demais fizeram reorientação para trabalho que lhes conviesse. Por ocasião da alta, 20 foram colocados em locais que permitem-lhes aprendizado e treinamento profissional, 6 receberam tarefas a domicílio, 1 foi para lar-oficina protegida, 4 foram reenviados a hospitais, 8 faleceram; 13 pacientes ainda estão trainando satisfatòriamente e em 18 ainda não obtivemos resultado. Todos os demais, 61 ao todo, foram colocados em emprego livre. — Tivemos pois resultados satisfatório em 113, falha em 18, ficando pendentes 13. Entre os pacientes em que não conseguimos resultado há 7 inadaptados: estrangeiros que não desejam trabalhar, criminosos, portadores de psicose.

A ocupância média foi de 28,1 leitos, a permanência média 70 dias, o total de leitos-dia 10.570. Visto que agora estamos recebendo reabilitandos ainda em fase de terapeutica funcional, que muitas vezes continuam a sentir benefício da protração de tal tratamento por mais de 90 dias, a permanência média tende a crescer. Tais progressos também são vantajosos para a reorientação profissional e a recolocação, embora o conselheiro vocacional normalmente indica ocupação que sòmente utiliza os membros sãos, porque os membros doentes não resistem de hábito a esforços de um trabalho normal.

Mas fica facilitada, com estes progressos, a adaptação na vida particular, nos transportes e n olocal de trabalho, a ponto de ser possível hoje colocar em emprêgo livre muitos inválidos em que antes sòmente se podia cogitar de trabalho a domicílio. A experiência deste ano mostrou pois, que podemos admitir e conduzir ao êxito casos mais severos do que nos parecera possível. Também os casos novos se beneficiam com esta tendência, pois constatamos que os empregadores não dispensam mais — sem exame de caso para caso — empregados que tenham se tornado inválidos.

Com isto, a cadeira de rodas vem dominando o ambiente, exigindo muitos esforços de nosso pessoal, ajudando os internados a sair da cama de manhã e a se deitar à noite (o que exige 3 auxiliares) e a se transportar de e para os locais de trabalho. Nas privadas tivemos de instalar alças e seguradores especiais para facilitar a transferência dos que se locomovem em cadeira de rodas.

Ao lado do trabalho com os internados o gerente ainda executou 171 orientações profissionais em pacientes ambulantes, com pareceres escritos todas elas.

Quanto às profissões preferidas, temos trabalhos de escritório, como o retreinamento para datilografia com uma só mão, introdução à contabilidade por partidas dobradas, o serviço telefonico.

Também é grande a procura de lugares na oficina mecânica. O ramo dos metais é particularmente favorável para os diversos tipos de invalidez, pois sempre surgem novas atividades executadas em série, para as quais podem ser treinados, manetas, indivíduos de vista fraca ou cegos, pacientes que só podem trabalhar em cadeira de rodas, atáxicos e débeis, que podem manejar rodas de comando ou alavancas.

A adaptação do local de trabalho às possibilidades do inválido exige sòmente que se trate de um trabalho em série ininterrupta por flutuações de mercado. O domínio da máquina dá ao operário, por outro lado, satisfação e alegria. Também serviços de encanador se revelaram muito úteis para o aprendizado de inválidos.

Menos procurada é a serralheria: aqui é necessário muitas vezes deslocar peças pesadas, coisa difícil para quem não tem 2 mãos sãs e estabilidade na sustentação e no andar. Mas sempre vale a pena insistir para obter o máximo, eventualmente orientando ao depois o inválido para o trabalho com solda autogênea. Aqueles que mostravam habilidade suficiente, eram então encaminhados à escola profissional Hard em Winterthur.

Na pintura ocupamos sobretudo manetas, que aprendem a constituição, por camadas, de uma pintura, treinam em superfícies grandes e pequenas e geralmente necessitam um dispositivo para manter fixa a peça a ser pintada; o uso deste dispositivo é também treinado até se tornar rotineiro.

A marcenaria também encontra interessados e é útil para treinar determinados músculos, o que é aproveitado. Entretanto, não oferece, para os inválidos, perspectivas de colocação, por não ser suficientemente mecanizada, embora trabalhe com peças pesadas. Também na tecelagem as possibilidades de colocação para inválidos são muito limitadas; utilizamo-la para testar a aptidão do paciente para o desenho de padrões, que pode ser aprendido e realizado por manetas. A encadernação ainda não está sendo procurada; nela trabalhos simples são feitos às vezes por portadores de lesões cerebrais. Dois pacientes foram treinados satisfatòriamente na granja de galinhas e um em jardinagem.

Destacamos a necessidade de aumentar a seção de treinamento em trabalhos de escritório e a de receber maior número de

encomendas de peças metálicas a serem feitas em série, para nossas oficinas, pois que tais trabalhos oferecem notáveis oportunidades de recolocação.

A questão, si e como a invalidez se reflete sôbre a psique, continua a ser das mais interessantes. Não se pode dar uma resposta geral: não há reação uniforme. Parece-nos que os traços de caráter que caracterizam a pessoa desde pequeno, também são decisivos para a reação perante a infelicidade da invalidez. Não são alterados pela invalidez, mas quando muito acentuados. Os rebeldes se tornam mais rebeldes e exigentes. Os humildes se tornam mais deprimidos e necessitam de mais estímulo e alegria. Quem já não gostava de seu trabalho, corre perigo maior de perder de vez o contato com a vida profissional. Uns se queixam da injustiça da sorte; outros aceitam a provação e procuram se refazer com afinco, quer por serem inatamente ativos, quer por motivos religiosos.

Também com referência aos nossos esforços as reações dos inválidos variam.

A maioria nos são gratos, e mais gratos ainda costumam ser os seus parentes.

Mas há alguuns insatisfeitos, que julgam não receber a atenção devida ou ascrevem todos os progressos a si mesmos, não querendo dever nada aos seus instrutores.

Aliás, as pessoas normais oferecem o mesmo quadro de variações. Alguns empregadores, quando procurados, logo se entusiasmam e cooperam onde necessário. Outros acham "tocante" o nosso labor, merecedor de um óbolo. Mas também encontrei uma mulher (sim, uma mulher), à qual contei com grande satisfação um caso de reabilitação muito difícil, no qual tivemos de remover verdadeiras montanhas de obstáculos antes de conseguir a vitória, e que respondeu espantada: "Compensa fazer isso tudo por esta especie de gente?"

A esta pergunta, todos colaboradores do Centro respondem com convicção: Sim, compensa. Não sòmente os inválidos, mas também aqueles que lhes ajudam tiram satisfação deste belo trabalho.

Sobre o Departamento de Trabalho Domiciliar do Centro há a dizer o seguinte: Ocupamos, durante o ano, 60 inválidos com trabalhos domiciliares e pudemos pagar 39.554 francos suiços de salários. Infelizmente não tivemos encomenda suficiente para lhes dar trabalho o ano todo.

Devemos acentuar a importância de ajustamento preliminar ao trabalho a ser feito e da escolha e construção cuidadosa de seus instrumentos de trabalho. Demos estes ano 14 cursos de instrução, 6 dos quais a domicílio, a 29 trabalhadores domiciliares, com duração de 1 — 4 dias.

O departamento se sustenta financeiramente, com exceção apenas do salário de seu chefe, pago pelo Centro.

Também organizamos um curso de aperfeiçoamento para nossos instrutores, sobre o tema: Planejamento de locais de trabalh. Inscreveram-se 26 pesoas. Tal planejamento é deveras importante, também no operário são, e muito mais no incapacitado A Comunidade de Trabalho Suiça para a Colocação de Incapacitados realizou em cooperação com a Sociedade Suiça para Orientção Vocacional e o Serviço Federal para Indústria, Artezanato e Trabalho o III. Curso para Orientadores Profisisonais, a fim de familiarizá-los com os problemas especiais da colocação e recolocação de incapacitados. A direção do curso foi entregue a nosso gerente.

Também aí foi dado enfase particular à análise de locais de trabalho com visitas a indústrias. Houve 23 inscritos e 8 professores.

Nossa experiência nos mostra cada vez mais nitidamente como é importante que o inválido seja tornado capaz de se transportar, para que possa procurar seu local de trabalho. O trabalho domiciliar raramente oferece base suficiente de sustento para um inválido. Tentamos por isto em maior grau a "motorização" de nossos inválidos.

Conseguimos um carro de ocasião, ao qual adaptámos os mais necessários dispositivos adicionais para as diversas formas de invalidez. Este carro serve como meio de instrução. O aluno sòmente recebe seu carro próprio, geralmente novo, quando já está comprovado que os dispositivos especiais são apropriados para seu caso e que êle é capaz, sem risco, de fazer uso do carro. Deste modo conseguimos aquinhoar 4 inválidos, este ano, e encontrar para eles emprego livre.

Não foi necessário projetar tais dispositivos, mas sòmente coloca-los nos carros: Nosso gerente valeu-se para tanto da boa vontade do chefe do Serviço de Carros para Inválidos da Associação dos Inválidos de Guerra da Alemanha, em Munique, que tem grandes conhecimentos na especialidade, inclusive do grande número de dispositivos já desenvolvidos. Também esteve ele no Congresso Internacional sobre Trabalho dos Cegos, em Assisi. Lá, representantes de 17 nações compararam os diversos métodos de orientação profissional, agenciação de emprego, assistência social; ficou patente que não é o número de leis sociais, mas a iniciativa particular e a riqueza de novas ideas o fator decisivo para o êxito da recolocação.

---

# HOSPITAL DE HOJE EM FÓCO

**De uma carta do conhecido e estimado arquiteto hospitalar Gustaf Birch-Lingren, Stocolmo:**

"... Por intermédio do arquiteto Molander, recebi um exemplar de sua revista, que estudei com grande interesse. Dá, éla, excelente idéia do trabalho de valor que se realiza no Brasil, e pelo qual lhes envio minhas congratulações".

Dr. MARTINUS PAWEL

Fig. 1 — Um paralítico faz ergoterapia no leito. Tecendo, exercita seus braços e dedos.

# REABILITAÇÃO

## TENTATIVA DE ANÁLISE DOS SERVIÇOS, PESSOAL, ESPAÇO E EQUIPAMENTOS NECESSARIOS

### INTRODUÇÃO

Está a aplicação de métodos de reabilitação ganhando decidido impulso entre nós com a fundação do INAR (Instituto Nacional de Reabilitação) junto à cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde.

Destarte, adquire o assunto maior interêsse prático em nosso meio, fazendo prevêr sua aplicação em escala mais ampla do que foi possível até agora.

Muito nos custará chegar neste terreno à posição da Inglaterra, por exemplo, onde quase todos os hospitais já tem seu serviço de reabilitação, mas pelo menos iniciamos definidamente nossa caminhada nessa direção.

Merecem pois divulgação alguns dados sôbre o problema, que não permite, pela multiplicidade de seus aspectos, todos êles complexos, soluções improvisadas.

Deve a meu ver ficar compreendido que a criação do INAR, por si só, por mais desejável e importante que seja a iniciativa, pouco renderá em resultados práticos, se não for possível captar a cooperação de nossos poderes públicos, para a concomitante criação das facilidades, condições sociais e órgãos técnicos-administrativos necessários ao perfeito funcionamento do método.

Também é necessária a mobilização ampla da opinião pública em geral e em particular a participação ativa de associações voluntárias que possam dar alguma assistência ao subválido, nos casos não abrangidos pela ajuda oficial. A reabilitação é processo constituido de integrantes, cada qual já individualmente bastante complexo, e seu escopo pode ser posto a perder inteiramente por deficiência em qualquer de seus setores, tornando inoperante o esforço feito nos demais.

### PLANO DO PRESENTE TRABALHO

Depois de relembrar o objetivo da reabilitação, a analisaremos neste esboço sob 3 aspectos:

Num primeiro capítulo, daremos noção sumária dos estágios que o reabilitando é levado a percorrer até sua integração, tão completa quanto possível, na dinâmica social, e das entidades que para tanto necessita encontrar.

Em capítulo ulterior, serão analisadas as funções especializadas que a "equipe de reabilitação" terá de exercer e os tipos de especialistas, chamados a dela fazer parte, com especial atenção ao primeiro estágio: terapêutico ou hospitalar.

Finalmente, expostas as noções gerais indispensáveis à compreensão do assunto e analizados os fatores e especialmente o pessoal técnico interveniente, enumeraremos — valendo-nos da experiência inglesa, a mais antiga e a mais extensa, e de outros povos — o espaço, o pessoal e o equipamento mínimo necessários para a organização de um departamento hospitalar de reabilitação. Entende-se que sòmente hospitais grandes e eventualmente hospitais médios comportam um tal departamento. Em outros termos, hospitais regionais de meu esquema de rêde hospitalar (1).

## OBJETIVO

O escopo da reabilitação é a devolução ao indivíduo inválido, subválido, deficiente ou inabilitado — ou que mais denominações se lhe queira dar — do máximo possível de sua capacidade de produzir e de ganhar, permitindo-lhe deixar de constituir pêso morto para si, sua família e a comunidade. A definição etimólogica de Littre parece bem definir esta finalidade:

"Reabilitar é restabelecer uma pessoa em uma posição equivalente em direitos e prerrogativas à que tivera".

Uma pequena ampliação do conceito se impõe hoje em dia: deve incluir também os indivíduos portadores de defeitos congênitos ou adquiridos na infância, que por processos adequados poderão ser integrados em uma vida social mais normal e produtiva. Quando se fala de "reabilitação" hoje em dia, inclue-se pois, implìcitamente a "habilitação" (primária) destes indivíduos. Embora etimològicamente errada, tal definição ampliada tem a vantagem de evitar que se tenha de usar correntemente uma expressão demasiado longa, como seja "reabilitação e habilitação".

Acentuemos que a finalidade de um serviço de reabilitação é duplo:

1) Inclue o objetivo humanitário de devolver ou conceder ao indivíduo subválido a integração social, a possibilidade de ser um membro útil da sociedade, e com ela uma vida mais segura, mais confortavel e psìquicamente equilibrada, em outros termos uma vida mais feliz.

2) E inclue demais a mais um objetivo econômico, qual seja a diminuição do auxílio monetário ou em natureza (estatal ou particular) que a comunidade deve mobilizar para garantir a subsistência dos subválidos, mediante redução de seu número ou da severidade de sua inabilitação, assim como o aumento dos bens produzidos no país, com seu consequente enriquecimento. Tal aumento da produção nacional deve pagar com sobras notáveis os recursos invertidos em serviços de reabilitação bem planejados e bem executados: Assim tem sido na Grã-Bretanha e nos E.U.A. A respeito lembramos um estudo feito nos E. U., onde em media a um custo inferior a 300 dólares por subválido foi conseguida uma elevação de 1620 dólares **anuais** em seu salário (2).

Não é sem razão que os organismos internacionais tem se interessado profundamente pela divulgação dos métodos de reabilitação. Têm êles facilitado o seu estudo mediante concessão de bolsas de estudo, intercâmbio de técnicos, assistência técnicaca e por outros meios ao seu alcance.

Têm êles também recomendado reiteradamente aos governos que se empenhem neste sentido, bastando aqui transcrever, como exemplo, recomendação aprovada na 37.a Conferência da O.I.T., realizada em Genebra em junho de 1954: "Meios de adaptação e readaptação profissional deveriam ser postos à disposição de todos os inválidos, quaisquer que sejam a origem e a natureza de sua invalidez e qualquer que seja a idade, com a condição de que possam ser preparados a exercer um emprego conveniente e de que possam razoavelmente esperar obter e conservar um tal emprego".

## CAPÍTULO I — ESTÁGIOS DA REABILITAÇÃO

A reabilitação de qualquer inválido ou subválido se processa em diversos estágios a serem percorridos consecutivamente:

1) o estágio terapêutico, médico, hospitalar, ou de reaptação ou readaptação ou recuperação funcional;

2) o estágio de readaptação psicossocial e ocupacional, compreendendo medidas educativas (reeducação) e outras.

3) um estágio de treinamento vocacional, necessário para aqueles que sua lesão tornou definitivamente incapazes para exercer sua profissão primitiva, ou aqueles que nunca estiveram integrados em uma profissão;

4) o estágio de recolocação, requalificação ou reinserção em trabalho regular, com seu seguimento.

Deve, entretanto, ser compreendido que não há linha divisória perfeitamente definida entre os estágios enumerados. De fato, não há saltos de um estágio a outro no processo de reabilitação, que é único e contínuo, mas sòmente transferência gradual da ênfase, colocada inicialmente no tratamento médico, para a reintegração em ocupação remunerada.

Em qualquer destes estágios pode ocorrer um evento que também é de magna importância para o reabilitando e que deve ser devidamente preparado: seu regresso e sua reinserção no meio familiar. Poderia-se, sob este último aspecto, dividir a reabilitação em duas etapas: a institucional e a familiar.

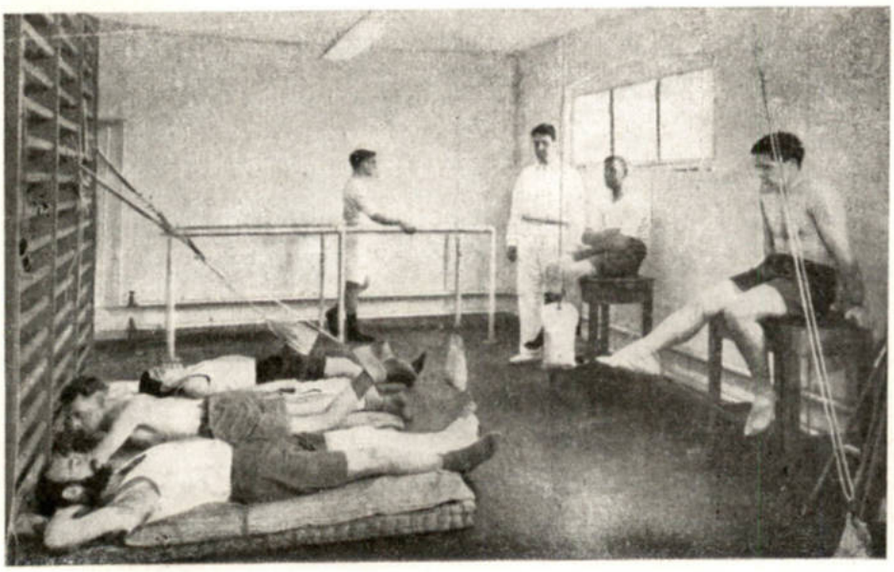


**Fig. 2 — Centro Recuperativo de Farnham Park, Slough. Sala de quinesiterapia individual.**

**1 — Estágio de recuperação funcional**

Este estágio é percorrido normalmente em instituição hospitalar e em ambulatório médico. Visa a recuperação da capacidade funcional, física e psíquica do reabilitando, na escala mais ampla que seja possível. Para tanto, é de tôda conveniência que o processo de reabilitação seja iniciado imediatamente após o ingresso do indivíduo deficiente na instituição. Uma demora resulta frequentemente em atitudes físicas e mentais que irão dificultar ou tornar impossível uma reintegração normal do indivíduo na Sociedade. A recuperação psíquica é de máxima importância e não deve ser descurada. Quando é de recear que a incapacidade remanescente impedirá a volta do inválido à antiga profissão e exigirá a escolha de novo ganha-pão, é ainda necessária incluir nêste estágio uma avaliação da capacidade residual e eventualmente uma reorientação profissional preliminares: Para que a ergoterapia, último degrau deste estágio, seja seguramente orientada, uma noção da mais provável futura atividade do reabilitando se faz necessária (Fig. 1). Como êste estágio é de interêsse todo particular para os hospitais, dedicar-lhe-emos todo o capítulo seguinte, em uma análise de profundidade um pouco maior, enquanto que dos demais estágios sòmente nos é possível fornecer uma noção sumária, que permita — assim o esperamos — pelo menos uma visão de conjunto do problema.

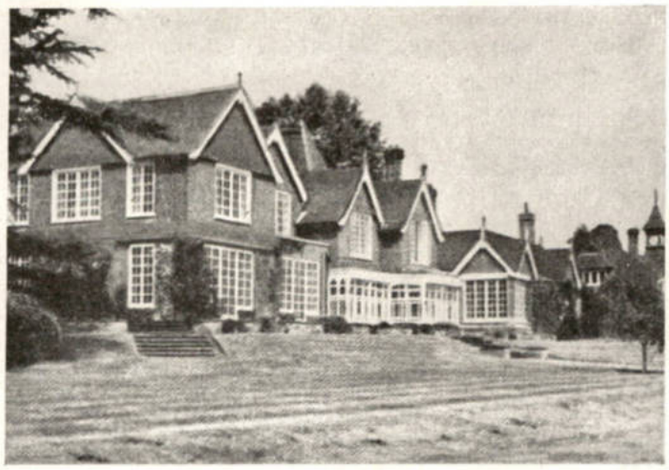


**Fig. 3 — O Centro de Slough visto do parque, (face insolada).**

**2 — Estágio de readaptação psicossocial e ao trabalho contínuo**

Tem este estágio em mira a recuperação das habilidades e da resistência necessárias ao desempenho eficiente de uma profissão, por todo um dia inteiro de trabalho. Tais habilidades e tal resistência costumam estar diminuidas, quer por efeito da lesão sofrida, quer em consequência de estadia inativa, mais ou menos longa, em tratamento hospitalar.

Ao mesmo tempo, as atividades exigidas neste estágio facilitam a transição do meio "protegido" hospitalar para uma vida social normal. Dá ainda azo a observação clínica e eventual tratamento médico complementar. Quando há instituições em número suficiente e de nível adequado para prestar serviço especializado neste estágio, os hospitais podem dar alta mais precoce aos reabilitandos, de mais a mais, permitindo melhor utilização dos leitos hospitalares e dos serviços policlínicos, de ambulatório, disponíveis. Em tais centros é também mais fácil cultivar entre os pacientes um espírito de emulação, que muito os ajuda a vencer as inevitáveis reações de desânimo e de dependência (fig. 4).

Embora se faça uso de ginasto - e ergoterapia ocupacional e recreacional, neste estágio, visa-se menos um tratamento médico do que a reaquisição de tôdas as fôrças e de todos os movimentos, em suma o retreinamento ocupacional amplo. O indivíduo deve ser tornado apto a fazer não sòmente os movimentos que necessita na sua profissão, mas também todos aqueles que lhe podem ser úteis para levar uma vida particular normal, independente de ajuda de terceiros.

**Fig. 4 — Aviadores feridos jogando futebol.**

O retreinamento deste estágio pode ser ministrado em instituições fechadas (onde o reabilitando permanece em média 8 semanas, i é 1 a 3 meses) ou abertas, para casos menos severos. As instituições fechadas, segundo consenso universal, deverão se localizar em ambiente rural ou suburbano (fig. 3).

**Fig. 5 — Exame psicotécnico.**

Assim acontece com os Centros de Reabilitação Industrial de Egham, estatal, e de Slough, patronal, na Inglaterra (figura 2,3).

Havia em 1950, nesse país, 24 centros residenciais (fechados), em parte localizados dentro de Centros de Treinamento Vocacional, com 100 a 120 vagas cada um, e 12 centros não residenciais, abertos. Com a ampliação dos serviços hospitalares, os centros residenciais foram abandonados, na Inglaterra. O fato que centros não residenciais são de manutenção muito mais econômico compensa amplamente a desvantagem de que alguns doentes devem agora permanecer tempo mais longo no hospital ou sob os cuidados de policlínica hospitalar. Em 1956, havia sòmente 1 centro residencial com 200 leitos (Egham), 2 centros parcialmente residenciais e os 12 centros não residenciais, com 100 vagas cada um, sob responsabilidade do Ministério do Trabalho.

Além destes centros, havia em 1956 na Inglaterra 3 centros de reabilitação psicossocial especializados para paraplégicos (Stokes Mandeville é o mais conhecido), 1 para cegos e 2 para tuberculosos.

O pessoal e os métodos usados nestes centros não diferem substancialmente dos que são encontrados nos departamentos de reabilitação dos hospitais. Entretanto, o processo neles é conduzido até habilitar o deficiente a se desincumbir de um emprego, a não ser que necessite de reeducação (3. estágio).

De 4.207 indivíduos que deixaram o centro de Egham até 23-8-1948, quase a metade (1.903) puderam ser colocados em

emprego sem outro preparativo, sendo a metade destes na ocupação anterior, 1833 tiveram de ser transferidos para um curso de treinamento vocacional e 471 não terminaram o curso. A medida que se vai abrangendo no processo de reabilitação os casos menos graves, as estatísticas se tornam mais favoráveis. Em 1950 já se calculava que 80% dos doentes que, segundo os padrões ingleses, deviam passar por um processo de reabilitação podiam voltar à sua profissão anterior; outros, sem profissão qualificada, poderiam passar a exercer outro emprego não qualificado sem reeducação; assim, a reeducação vocacional revela-se necessária para proporção cada vez menor (mas nunca desprezível) dos reabilitandos. É evidente que a reintegração do reabilitando em sua antiga profissão — ou em profissão semelhante, aparentada — sempre que possível, é preferível sob todos aspectos.

Em 1955, dos dez mil indivíduos que passaram por centros de reabilitação industrial 8.500 terminaram o estágio e 7.000 estavam empregados normalmente após 3 meses. Nesse ano, sòmente uns poucos foram transferidos a centro de treinamento vocacional, pois, com o desenvolvimento já mencionado dos serviços hospitalares para reabilitandos e com a progressiva avaliação da capacidade residual já no próprio hospital, revelou-se forte tendência de enviar os casos mais severos, após retenção mais longa no hospital, diretamente a centro de treinamento, sem passagem por centro de reabilitação industrial.

O Comitê de Reabilitação do Govêrno da Grã-Bretanha considera entretanto desejável experimentar a utilização de centros combinados, de reabilitação industrial e avaliação e orientação profissional, situados nas proximidades dos hospitais e em cooperação com êles.

A discussão, onde deve ser feita a reorientação profissional definitiva, eventualmente necessária, do inabilitado, contínua pois aberta. Os modêlos praticados são os seguintes:

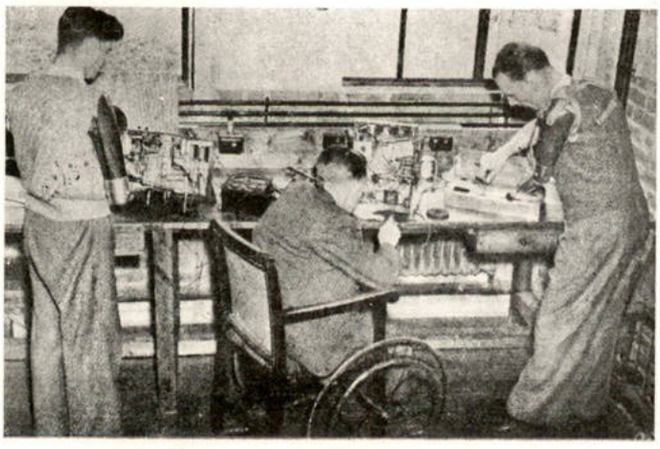
1) Avaliação da capacidade residual e reorientação profissional feitas no hospital.

2) Avaliação da capacidade residual e reorientação profissional feitas no centro de readaptação psicossocial.

3) Avaliação e reorientação praticadas em Instituto Psicotécnico especializado no trato com subválidos (Estocolmo), independente dos hospitais e centros de readaptação.

4) Avaliação e reorientação encaminhadas a institutos psicotécnicos não especializados.

**Fig. 6 — Treinamento em reparo de radios.**



**3 — Estágio de treinamento profissional (vocacional)**

Neste estágio, o reabilitando deve adquirir os conhecimentos e o tirocínio necessário ao desempenho de uma (nova) profissão. Embora sòmente pequena proporção de reabilitandos necessita passar por este estágio, nos países onde se faz uso amplo da reabilitação, as facilidades para êle exigidas não podem faltar, sob pena de se tornar um "aleijão" o próprio sistema reabilitacional.

a) Atividade não qualificadas ou semi qualificadas podem ser aprendidas no próprio emprego, após eventual orientação preliminar. A boa vontade inicial do empregador pode ser estimulada, segundo o método inglês, mediante pagamento de uma bonificação de treinamento, que o Estado lhe faz.

b) Profissões qualificadas são ensinadas em instituições de ensino profissional, tendo os cursos, na Inglaterra, habitualmente uma duração de 6 a 12 meses. Em geral, considera-se preferível que os reabilitandos façam o aprendizado junto com os aprendizes válidos. Em 1955 havia na Inglaterra 16 Centros de Treinamento Vocacional Estatais para este fim, atendidos, nos diversos cursos, por cêrca de 5.000 subválidos, sendo que 3.800 terminaram o seu curso satisfatòriamente. Havia ainda 4 Centros residenciais, administrados por associações voluntárias, beneficentes, reservados a portadores de incapacidades graves, assim como classes especiais para cegos (principalmente para mecânica), tuberculosos e epilepticos (Lingfield Colony).

Estavam abertos ao reabilitandos cursos nas seguintes profissões qualificadas:
Telefonista, operador de máquina de calcular, fotógrafo, trabalhador em vidro, escultor em mármore e granito, indústria de automóveis, indústria de pianos, operador de moínhos, construção de barcos, cozinheiro, pagem, pintor de taboleiros, costureiro, pedreiro, carpinteiro, asfaltador, pintor de casas, pintor a pistola, estucador, encanador, eletricista, telhador, torneiro em madeira, ferreiro, mecanico para obras, calceteiro, soldador, madeireiro, ferreiro agrícola, mecânico agrícola, agricultor, horticultor, jardineiro, cesteiro, condutor de automóveis de aluguel, mecânico de automóveis, mecânico de máquinas de escrever, mecanico de rádio, encadernador, tipografo, sapateiro, sapateiro remendão, seleiro, alfaiate, tecelão, cabeleireiro, datilografo, técnico dentário, técnico de ótica, taquigrafo, atendente comercial para diversos ramos, polidor de diamantes, ourives, relojoeiro, marceneiro, polidor, estofador, assim como especialistas em arte comercial e manufatura de artigos vários de couro, de instrumentos cirurgicos e artigos de papel e papelão. Outras profissões podiam ser ensinadas a pedido individual mediante arranjo especial com instrutores capazes de ministrar seu ensinamento e treinamento.

Os esquemas de treinamento vocacional tem sido elaborados com a permanente cooperação e concordância da Confederação de Empregadores e da União Sindical Nacional (Trades Union Congress General Council), assim como das indústrias interessadas. Assim, por exemplo, o número de aprendizes é mantido dentro da capacidade de absorpção das indústrias; a cooperação das indústrias também garante que o treinamento seja de nível satisfatório para os empregadores. Assegura-se desta maneira, na medida do possível, que os indivíduos treinados encontrem trabalho em sua região. Também aqui é previsto um eventual pagamento ao empregador por treinamento adicional ministrado.

c) Treinamento escolar em profissões liberais e técnicas ou em funções administrativas exigem concessão de bolsas de estudo para os reabilitandos, bolsas estas que devem cobrir gastos escolares e manutenção do reabilitando. Entre 1941 e 1948 tinham sido distribuidas 3.689 de tais bolsas a subválidos na Inglaterra. Em 1951 a 1955, a média anual reduziu-se a 81, já que não havia mais inválidos de guerra a requerer tal treinamento.

**Fig. 7 — Costureira sem ante-braço esquerdo**

De 1946 a 1955 umas 50.000 pessoas subválidas receberam um destes tipos de treinamento na Grã-Bretanha. Em 1955, 95% daqueles que completaram o seu curso puderam ser prontamente colocados em emprego. Dos 23% que não terminaram seu curso:

9% foram prevenidos por peora em seu estado de saúde,

4% se mostraram incapazes de aprender,

10% desistiram por ter encontrado emprego antes da terminação do curso ou para atender a problemas domésticos.

**4 — Estágio de recolocação**

Neste estágio, da volta a um trabalho normal, temos a distinguir a) **empregos protegidos** e b) **empregos livres.**

a) Às vezes se torna necessário dar ao reabilitando um emprego em condições que lhe sejam especialmente favoráveis, que não lhe façam sentir em demasia a sua inferioridade, o que poderia contribuir para desanimá-lo a prosseguir no esfôrço pessoal indispensável à sua satisfatória reabilitação. Tal tipo de emprego tem sido chamado "emprego protegido".

Muitos reabilitandos o dispensam inteiramente. Para outros é desejável, como etapa de transição para um emprego normal, livre, em competição com os companheiros válidos. Quando a incapacidade é grave, deve ser encarado como solução permanente.

Organizações oficiais, nos costumeiros moldes burocráticos, difícilmente podem ser administradas com a flexibilidade exigida em uma oficina ou fábrica "protegida".

Esta tarefa deve pois caber, de preferência, a organização voluntária de fito não lucrativo, como são por exemplo nossos lares para cegos:

Em 1955 havia na Grã-Bretanha 30 sociedades deste tipo com 38 oficinas e 766 empregados, assim como 4 oficinas de autoridades municipais para 69 tuberculosos. Havia ainda 69 iniciativas em favor de 3.108 cegos em emprego protegido, 1.268 em trabalho a domicílio e 504 em treinamento (entre mais 6.119 cegos em emprego normal e 1.099 cegos desempregados capazes de trabalhar; o total de cegos na Inglaterra e Gales era 94.683, sendo mais de 80% em idade superior a 60 anos!).

Quando a iniciativa particular não é suficiente, deve ser suplementada; isto é feito na Inglaterra ou sob a responsabilidade de autoridades municipais (Casas de Cegos) ou então de uma autarquia sob a égide do Ministério do Trabalho (Remploy Ltd.), que desde 1952 tem 90 fábricas em operação, empregando cêrca de 6.000 pessoas com deficiência severa.

Tôdas estas iniciativas devem receber as subvenções estatais necessárias ao seu funcionamento, assim como a preferência na colocação de pedidos de material manufaturado, quando for necessário.

O trabalho pode ser feito em oficinas reservadas aos subválidos, ou por vêzes mesmo a domicílio; o trabalho em oficina é pago por tarefa ou por hora; o trabalho a domicílio geralmente é pago por tarefa. Quando exequível, o trabalho a domicílio pode ser feito por conta própria, devendo ser fornecido o auxílio monetário que se faz mister para local e equipamento de serviço.

Fábricas grandes podem contribuir para a solução do problema da colocação dos severamente inabilitados, criando uma seção destinada a dar serviço àqueles de seus trabalhadores que, por acidente ou doença, se tornaram subválidos permanente ou temporariamente. Assim o faz por ex. a companhia Renault, na França, a Monark, na Suécia, a Morris na Inglaterra, para sòmente citar alguns exemplos.

b) Geralmente o processo de reabilitação deve terminar com a colocação do reabilitando em emprego livre, conseguido em competição com companheiros sãos. Aí deve exercer, sem maiores dificuldades, a profissão para a qual se preparou.

Para tanto é mister, em primeiro lugar, esclarecer os empregadores potenciais, que muitas vêzes tem prevenções contra a presença de subválidos em seus empreendimentos. Além de apelar para seu espírito humanitário, pode ser lhes demonstrado que, em regra geral, os reabilitados são empregados mais fiéis, mais concienciosos e menos dados ao absentismo que os empregados válidos.

De fato, o processo de reabilitação — sumáriamente descrito nas linhas acima — exige do reabilitando um esfôrço de vontade constante e intenso; os indivíduos sem fôrça de vontade não o terminam muitas vêzes. Em consequência deste esfôrço excepcional dispendido, e, além disto, de sua própria incapacidade, seu interêsse se concentra muito mais sôbre seu trabalho, reduzindo-se paralelamente a atenção dada aos divertimentos que tão frequentemente distrai o trabalhador normal.

Além deste trabalho educativo junto aos empregadores, torna-se necessária a existência de agentes de colocação especializados, em cada distrito. Devem êles orientar o subválido quanto às perspectivas de encontrar serviço nas categorias de trabalho que pode e deseja realizar. Devem lhe facilitar a procura de emprego, mantendo fichario de empregos abertos e contato pessoal com os empregadores. Devem poupar ao subválido que luta com dificuldade de locomoção caminhadas inúteis, preparando o ambiente para sua recepção. Tais agentes, chamados na Inglaterra Oficiais Distritais de Recolocação, tem presente uma ficha médica, especialmente composta para este fim e preenchida no hospital que se encarregou do primeiro estágio da reabilitação, ficha que encerra uma avaliação bastante completa das limitações do candidato (3). Tais agentes podem ao mesmo tempo exerce vigilância sôbre o mercado de trabalho, orientando também os cursos de treinamento quanto às vagas a esperar.

A colocação de subválidos pode eventualmente ser facilitada por provisões legais. Na Inglaterra, p. ex., se exige que tôdas as firmas com mais de 20 empregados tenham em seu quadro pelo menos 3% de subválidos. Estudos feitos ulteriormente demonstraram entretanto que, uma vez ganha a cooperação dos empregadores — esta percentagem é largamente excedida: calcula-se que esteja hoje ao redor de 5% da população ativa total o número de subválidos que ganham seu pão; e sabe-se que o desemprego entre os subválidos é significativamente mais baixo que entre os indivíduos normais.

Outra provisão legal reserva certos tipos de trabalho aos incapacitados: o de ascensorista e o de guarda de locais de estacionamento de automóveis. Também aqui chegou-se à conclusão de que não valeria a pena extender o ambito desta lei. Os franceses não chegaram a introduzir lei semelhante, acreditando que motivaria sentimentos de inferioridade e mentalidade protecionista.

### 5 — Considerações adicionais

Em todos os estágios, é necessário que o reabilitando esteja suficientemente motivado para cooperar leal e mesmo entusiasticamente para sua readaptação completa à vida em sua família, em seus lazeres e em seu local de trabalho. Esta motivação é função da estrutura e da dinâmica do meio social em que se educou e em que vive. Não podemos nos prolongar aqui em uma análise exaustiva de todos os muitos fatores sociais para tal intervenientes. Dois exemplos bastarão para que fique patente sua importância.

Se a legislação social, de compensações globais ou aposentadorias em caso de incapacidade, não estiver estruturada tendo em vista a possibilidade de reabilitação do inválido, poderá se constituir em fator negativo à reabilitação, p. ex. produzindo receio de perda de vantagens já conseguidas, em lugar de ser fator de incentivo, de acôrdo com o interêsse da sociedade.

Por outro lado, varia de uma comunidade para outra o valor atribuido pelos cidadãos aos indivíduos que vencem pelo esfôrço pessoal, pelo trabalho, dificuldades que se lhes antepõem; nas sociedades em que tais esfôrços merecem a admiração, conquistam a mais elevada estima dos cidadãos, a reabilitação marchará sem entraves, neste particular, incentivada pela opinião pública. Em oposição, sociedade cujo ideal é a vida de aposentado, o "dolce far niente" a custa de outrem, será viveiro impróprio para a reabilitação, como é fácil de ver.

A base social em que as equipes de reabilitação operam, tem, pois, importância capital para sua eficiência e suas possibilidades de conseguir êxito.

Em todos os estágios o incapacitado adulto (ou seus pais, quando menor de idade) deve contar com a orientação de assistente social, se possível especializada no cuidado a tal tipo de pacientes, e certamente também com os conselhos médicos de que venha a carecer.

O ambiente familiar e social em que vive o reabilitando naturalmente tem enorme influência sôbre seu aproveitamento, durante os estágios da reabilitação, e sôbre a possibilidade prática de aplicar finalmente o que aprendeu. Muitas vêzes pode acontecer que o inabilitado não encontre em seu lar (ou naquilo que lhe faz as vêzes) as condições que lhe permitam continuar a levar a vida pràticamente normal que já vivia no centro de reabilitação ou de treinamento.

Há pois necessidade de um elemento de ligação que se mantenha ao par do que ocorre em tal ambiente, orientando e auxiliando, e também encontrando a quem apelar quando se confronta com problemas que escapam a sua influência. É citado neste contexto, em França, o exemplo de um paraplégico reeducado, impossibilitado de utilizar-se de seu custoso treinamento na sua cadeira de rodas, porque à volta a seu antigo lar se encontra em estreito apartamento, acessível sòmente por escadas, não lhe sendo possível em absoluto conseguir uma habitação terrea.

Esta enumeração, certamente um tanto cansativa, me pareceu necessária para mostrar que a reabilitação é processo complexo, que exige a cooperação de numerosas entidades e especialistas, mesmo fora do campo hospitalar.

O escopo prático da reabilitação — a reintegração do subválido em uma vida normal e produtiva — não pode ser atingido sem a presença de tôdas as facilidades enumeradas, na escala em que se faz reabilitação na região considerada, nem quando o inabilitado não encontra em seu lar e ambiente social certas condições mínimas necessárias a seu sucesso. Uma iniciativa que não estimule o desabrochar de tôdas as iniciativas e organizações necessárias no processo de reabilitação, que se restrinja a parte delas, não pode esperar os resultados desejados e será inevitavelmente antieconômica.

## CAPÍTULO II — FUNÇÕES DO ESTÁGIO MÉDICO-HOSPITALAR, TERAPÊUTICO OU DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

O estágio inicial da reabilitação, percorrido em instituições hospitalares e parahospitalares, é sem dúvida o estágio fundamental; é a base sôbre a qual os demais estágios se assentam e a pedra de toque para suas possibilidades de sucesso: Todos os estágios subsequentes ficarão limitados em sua ação pelas deficiências funcionais não removidas pela equipe terapêutica.

A função primordial a ser desempenhada neste estágio é, por conseguinte, a recuperação, tão completa quanto humanamente possível, da capacidade funcional, física e mental, do reabilitando.

Como segunda função podemos apontar a avaliação médica e psicológica dos trabalhos que o enfermo poderá executar futuramente sem maiores riscos, assim como sua orientação vocacional e treinamento preliminares.

Uma terceira função será a prestação de assistência médica e social em seguimento.

No Brasil estamos sabidamente bastante atrazados no equipamento de nossos hosptais com os meios necessários à reabilitação de inválidos. Na Inglaterra já em 1946 havia 204 hospitais munidos de tôdas facilidades requeridas para o exercício destas funções, e mais 129 com facilidades parciais, não compreendendo a terapêutica ocupacional. Em 1950 um quinto de todos hospitais ingleses dispunha de tôdas facilidades necessárias, um têrço mais possuia facilidades parciais e quase todos os demais tinham departamento de fisioterapia que podia satisfazer o requerido para a maior parte dos doentes enquanto estivessem intenados; o tratamento suplementar então era feito em hospital próximo com maiores recursos, quer por transferência do doente internado, quer então já ambulatoriamente.

Em 31-12-1955, dos 929 hosptais gerais e ortopedicos da Inglaterra e Gales, 707 tinham departamento de fisioterapia com fisioterapêutas e 304 dispunham de ergoterapêutas.

### Classificação dos reabilitandos

Uma classificação sumária dos inválidos pode ser feita segundo a origem da incapacidade:

1) malformação congênita,
2) enfermidade,
3) acidente.

Quanto ao tipo de lesão ou deficiência, encontramos com mais freqüência:

1) cegueira e outros defeitos da visão,
2) surdez e outros defeitos da audição,
3) lesões pulmonares, por tuberculose ou pneumoconiose, etc.,
4) paralisias flácidas ou espásticas,
5) mutilações dos orgãos da locomoção,
6) artropatias (artrites e artroses),
7) psiconeuroses,
8) moléstias crônicas outras, como cardiopatias, epilepsia, nefropatias.

A idade dos subválidos também é elemento importante na avaliação do provável resultado da reabilitação.

Cada um destes grupos naturalmente exige medidas diferentes para sua reabilitação. Nas linhas que seguem, restringiremos nossas considerações aos grupos habitualmente atendidos em hospital. Um artigo introdutório como este não pode particularizar mais.

### Composição da equipe de reabilitação

Um departamento hospitalar de reabilitação (ou medicina física, como é chamado pelos ingleses) deve contar com os seguintes serviços e técnicos especializados, quer hierarquícamente subordinados, quer trabalhando em coordenação estreita, que permita freqüentes discussões em grupo dos casos em tratamento:

| Serviços | Técnicos |
|---|---|
| 1) FISIOTERAPIA (electroterapia, etc.) ..... | Fisioterapistas |
| 2) GINÁSTICA PASSIVA, incl. submersa ..... | Massagistas |
| 3) GINÁSTICA ATIVA ..... | Quinesiterapistas |
| 4) TERAPIA RECREACIONAL E OCUPACIONAL ..... | Ergoterapistas<br>Instrutores |
| 5) PSICOLOGIA CLÍNICA E VOCACIONAL ..... | Professores especializados<br>Psiquiatra ou Médico-psicólogo<br>Psicólogos clínicos<br>Psicólogos vocacionais<br>Terapêutas Sociais |
| 6) RECOLOCAÇÃO em emprego ou trabalho autónomo .... | Conselheiros de trabalho<br>Agentes de (re)colocação |
| 7) ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCAÇÃO ..... | Assistentes sociais<br>Educadores hospitalares |
| 8) PRÓTESES — a) Manufatura ..... | (Equipe especializada) |
| b) Adaptação ..... | (Equipe ortopédica) |
| 9) MÉDICO (tôdas especialidades) ..... | Médicos especialistas |
| 10) CHEFIA DA REABILITAÇÃO ..... | Chefe<br>Orientadores<br>Supervisores |

Regras fixas, relativamente à organização hierarquíca de um departamento de reabilitação, não podem ser dadas em termos gerais; sòmente com conhecimento das condições locais é possível decidir quais os serviços que devam ser subordinados e quais coordenados ao departamento de reabiitação, afim de obter a organização a mais eficiente.

Para facilitar a análise ulterior, as funções técnicas a ser desempenhadas foram dissecadas até um ponto em que — pelo menos no presente — parecem irredutiveis, dentro dos limites do razoável. Veremos que em diversos países tais funções tem sido fundidas por vêzes, mas de maneira diferente em cada país. Ainda teremos a decidir quais as fusões desejáveis no Brasil, a vista das facilidades de formação de técnicos, de eficiência e de economia no serviço.

A análise da "equipe de reabilitação" não seria completa, entretanto, se não dissessemos ainda algumas coisa sôbre:

11) OS ÓRGÃOS FINANCIADORES;

12) A FAMÍLIA DO REABILITANDO, e sôbre o próprio

13) REABILITANDO, que difícilmente poderá ser dissociado inteiramente da estrutura e da dinâmica social, quer de aspectos legais e econômicos, quer de facetas puramente culturais.

**Fisioterapistas**

Em 1950 havia cêrca de 1.000 fisioterapistas na Inglaterra e país de Gales, número considerado suficiente para as necessidades hospitalares comuns, mas não para a expansão dos serviços de reabilitação. Havia falta também de elementos capazes de exercer a função de professores, o que tem sido resolvido pela organização de cursos especiais em universidade. Para formar novos fisioterapistas, havia 36 escolas, que davam um curso de 3 anos, sendo dados 3 semestres em classe e 3 semestres em hospital, sob forma de execução de tratamentos feitos sob supervisão. Em 1955 estavam empregados cêrca de 1.300 fisioterapistas nos hospitais ingleses.

A fisioterapia propriamente dita é de regra tratamento inicial, substituido logo que possível por exercícios ativos. Já que a massagem e manipulação passiva das articulações também é feita no período inicial, os ingleses as incluem entre as tarefas do fisioterapista.

Também lhe dão, durante o curso, noções de quinesiterapia. Exercícios assistidos e exercícios especializados são muitas vêzes, por comodidade, feitos no serviço de fisioterapia também, naquele país.

**Massagistas**

Enquanto na Inglaterra, como vimos, se confundem com os fisioterapistas, na França constituem profissão fundida com a de quinesiterapista, com curso de 2 anos de duração.

**Quinesiterapistas** ("Remedial gymnasts")

São técnicos treinados para supervisionar exercícios ativos, quer de ginástica, quer em jogos.

Recrutam-se na Inglaterra em 3 fontes diversas:

São em parte fisioterapistas que especializaram-se neste ramo, pràticamente.

São em outra parte instrutores civís de educação física; emergiram de um curso de 3 anos de duração, no programa do qual é considerada também a ginástica terapêutica, e que consecutivamente procuraram trabalho neste setor. São por fim mais ou menos 200 instrutores militares de educação física, submetidos a um curso de especialização de 6 meses.

**Ergoterapistas**

A ergoterapia pode e deve ser considerada sob 3 aspectos principais:

a) o aspecto funcional, isto é a escolha de diversão, atividade artística ou trabalho físico de que o doente seja capaz e que exija movimentos úteis para obter a melhora de suas condições físicas,

b) o aspecto psicologico, isto é que a escolha recaia sôbre atividades atraentes ou atraentemente apresentadas, de modo a estimular o doente a executá-las com dedicação e a favorecer sua recuperação no plano psicologico,

c) o aspecto profissional, no qual há a distinguir o treinamento dos movimentos da profissão que se espera venha o doente abraçar, de um lado, e, de outro lado, o balanço profissional do inválido: No curso da ergoterapia deve-se muitas vêzes decidir sôbre a possibilidade do inválido de retomar sua profissão anterior e sôbre outras profissões que lhe permanecem abertas. Cêrca de 1.000 ergoterapistas estavam empregados em 835 hospitais da Inglaterra e Gales em fins de 1955. Havia 7 escolas reconhecidas para ergoterapistas. O curso combinado para ergoterapia aplicada a deficientes físicos e mentais é de três anos e meio. As vagas restantes nos hospitais são preenchidas por instrutores ou voluntários.

Na França não há até o momento um curso oficial. Um curso não oficial, criado no Hospital des Enfants Malades pelo Prof. Fèvre, extende-se por um ano sòmente.

As atividades dadas aos enfermos são:

A) recreacionais, de diversão,

B) artísticas,

C) trabalhos profissionais.

Os trabalhos mais comumente executados em serviços de ergoterapia são os seguintes: tecelagem, manufatura de tapetes, trabalhos em vime, encadernação, cerâmica, costura em máquina, polimento, pintura, inclusive em porcelana, feitura de redes, escovas, brinquedos em plástico mole, trabalhos artísticos em couro, madeira e metal, inclusive torneação, jardinagem.

Para doentes crônicos se recorre muitas vêzes a trabalhos agrícolas, trabalhos em metal, manufatura de vassouras e armários, trabalhos de alfaiate e estofador.

Em Farnham Park (Slough) a 464 doentes foram distribuidos 747 tipos diferentes de trabalho, obtendo-se assim também ótimos dados para eventual orientação vocacional.

**Instrutores**

Evidentemente um ergoterapeuta não pode ser mestre em tôdas profissões. É pois necessário que sua ação seja suplementada, quando a reabilitação do inválido progrediu suficientemente, por instrutores especializados das diferentes profissões:

Sendo flúido o limite entre o primeiro e o segundo estágio da reabilitação, tais instrutores não diferirão dos utilizados para o retreinamente ocupacional, e poderão compreender maior ou menor número de profissões.

Creio ser desejável, por medida de economia, que tais instrutores acumulem as funções de manutenção de sua especialidade no hospital; poderão êles levar os reabilitandos a colaborar ocasionalmente, se o ergoterapista o achar aconselhável, em serviços de conservação e consertos que aí se tornem necessários.

**Professores especializados para deficientes mentais**

Tais professores conseguem, por métodos adequados, uma adaptação social dos deficientes bem maior do que a obtida pelos métodos tradicionais.

Com isto a sociedade ganha duplamente: De um lado, os deficientes assim educados necessitam de assistência menos estrita, menos custosa, apreendendo até ponto mais avançado cuidar de si. Em segundo lugar, podem freqüentemente ser levados a executar satisfatòriamente trabalhos simples.

**Professores especializados para a compensação de deficiências físicas**

Para vencer ou compensar algumas deficiências é mister a existencia de professores especializados, sem cuja ação a reabilitação de seus portadores não pode ser alcançada.

Pensamos, ao erigir este grupo, nos reeducadores da fala, nos professores de leitura da fala pela observação dos movimentos labiais para surdos, nos professores de Braile para cegos, etc. Na França existe, desde 1956, um curso para formação de reeducadores da fala, com duração de 3 anos. Como se sabe, tais técnicos são destinados a socorrer os espásticos, os afásicos, os gagos e os portadores de malformações labio-palatinas.

**Médico-psicólogo e psicólogos clínicos**

A equipe psicológica deverá trabalhar sob orientação e supervisão de um médico-psicólogo, que deverá ter conhecimentos de psicologia social.

Compreenderá psicólogo clínico e psicólogo vocacional.

A função básica do psicólogo clínico é tripla; consiste em:

a) tomar conhecimento dos problemas psicológicos, profissionais e sociais do inválido e fazer sua triagem, levando-os ao conhecimento dos técnicos que devem ajudar a resolvê-los,

b) avaliar a personalidade do enfermo, seu caráter, sua maturidade inteletual e social, suas tendencias futuras (quando crianças), sua adaptabilidade e capacidade de aprender e trabalhar, isto é, fazer sua psicometria,

c) auxiliar o médico na psicoterapia, até onde este deseje sua cooperação.

A necessidade global da Inglaterra neste tipo de técnico é' avaliada em 500 psicologos clínicos. São formados em curso de um ano de duração.

**Psicólogos vocacionais**

É função destes técnicos orientar, quanto à sua vocação profissional, os deficientes que não poderão voltar a exercer sua antiga profissão, ou aqueles que nunca a tiveram. Uma mudança ulterior de profissão é particularmente difícil para um deficiente e deve lhe ser poupada, tanto quanto possível.

Fará pois o psicólogo vocacional, ou psicotécnico, um balanço psicomotor das habilidades e capacidades do subválido, para obter dados que lhe permitam uma orientação proficiente.

Deverá conhecer para tanto as qualidades essenciais exigidas em cada profissão. Na Holanda, uma classificação psicotécnica das profissões, elaborada sob a égide do Ministério de Assuntos Sociais, lhe facilita a seleção das profissões mais adequadas.

Mas talvez não seja demais acentuar que a orientação profissional deve levar em consideração outros aspectos além dos puramente psicotécnicos. Não deverá permanecer de responsabilidade exclusiva do psicotécnico ou da equipe psicológica. Exige a cooperação do médico, do ergoterapista, da assistente social, do conselheiro de trabalho, do agente de recolocação, assim como a avaliação da instrução e treinamento passados do reabilitando e das possibilidades de treinamento e trabalho oferecidas na comunidade. Deve além disto basear-se na livre escolha do indivíduo, como muito bem acentua a recomendação n.o 87 da Conferência Internacional do Trabalho.

**Terapêutas sociais**

Estes elementos, conhecedores de psicologia individual, e de grupos, têm-se revelado muito úteis para a recuperação social de doentes portadores de moléstia mental, fazendo com que tomem parte em atividades sociais convenientes, na instituição.

**Conselheiros de trabalho**

São técnicos capazes de dizer quais habilidades e movimentos são necessários para o desempenho das diferentes profissões. Podem e devem êles, naturalmente, exercer papel relevante na reabilitação:

a) Na fase médica (primeiro estágio), poderão dizer ao cirurgião ortopédico quais os musculos e movimentos mais necessários no exercício da profissão do enfermo, dados que deverão ser levados em consideração nos atos cirúrgicos a ser praticados.

b) No caso de reorientação vocacional, e sua contribuição é das mais valiosas, dizendo quais as profissões em que as limitações do indivíduos mais se farão sentir.

c) Finalmente poderão sugerir **in loco,** na oficina ou fábrica ou no lar, algumas modificações que facilitem os deslocamentos do subválido e augmentem o rendimento de seu trabalho.

Médicos de fábrica experimentados podem por vêzes exercer este papel, embora seja habito — tanto na Inglaterra como na França — confiá-lo a elementos de formação profissional menos prolongada. Na França constitue especialidade aparte; na Inglaterra a função é acumulada pelo chefe da seção de ergoterapia, isto é pelo ergoterapista mais experimentado da equipe.

**Agentes de recolocação**

São denominados oficiais distritais de recolocação na Inglaterra (District Resettlement officers — D.R.O.) e agentes de trabalho na França.

Exercem uma dupla função:

a) São pesquisadores de marcado de trabalho, o que lhes permite oferecer orientação prévia aos candidatos a reclassificação profissional.

b) São agentes que procuram emprego ou trabalho autónomo para o reabilitando no último estágio da reabilitação. A procura deverá ser feita já antes da alta, para que não medeie tempo de inatividade, prejudicial à reabilitação definitiva.

Na Inglaterra existem cêrca de 300 destes agentes, formados em um curso do qual parte é dado em hospitais, em contato direto com os reabilitandos, parte em indústrias e outros locais de trabalho. Em sua ação tem o apoio e orientação, quando julgarem necessário, quer de 49 agentes regionais, quer de médicos hospitalares e médicos de fábrica, quer de conselheiros médicos regionais.

Na França este papel tem sido exercido por assistentes sociais especializadas, chamadas "assistentes sociais de reclassificação". Coisa semelhante ocorre na Suécia.

Entre nós, teriamos a examinar até que ponto poderá ser obtida a cooperação do Ministério do Trabalho e das Secretarias de Trabalho, sem ou com modificação de leis, decretos e regulamentos que os regem. Tal cooperação é em todo caso indispensável.

Quanto às organizações patronais, não será difícil obter sua cooperação, já que a Federação de Indústrias do Estado de São Paulo tem espontaneamente demonstrado seu interêsse no problema, apadrinhando a criação, no SESI de São Paulo de um centro de reabilitação, embora de recursos e capacidade restritas, como um centro piloto não podia deixar de ser.

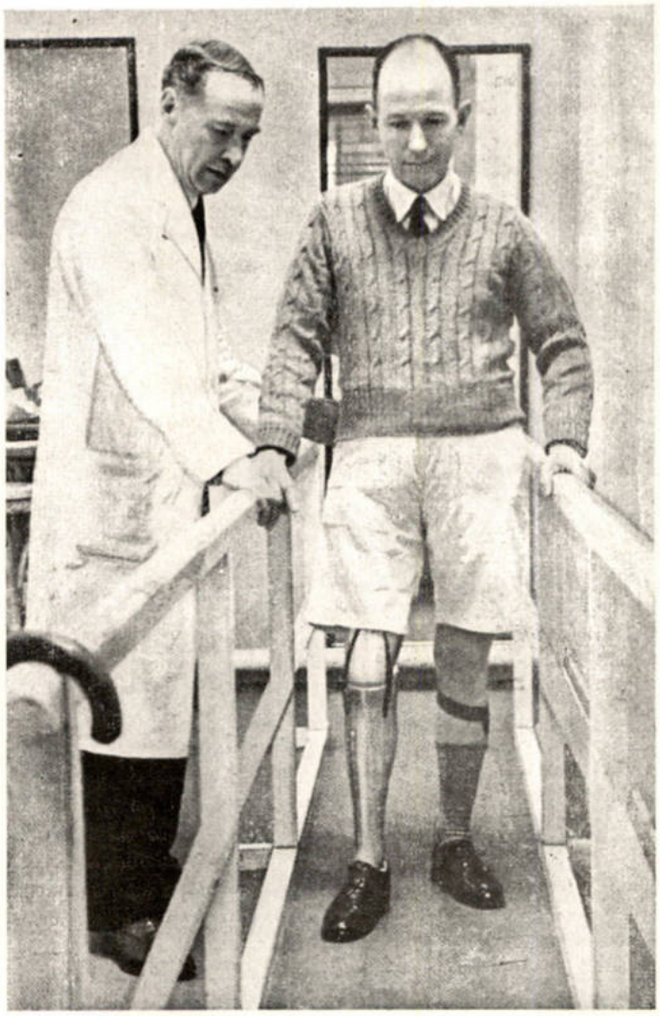


**Fig. 8 — Primeiros passos com um membro artificial.**

**Assistentes sociais**

É função da assistente social ajudar o indivíduo a resolver os problemas que sua vida em sociedade e particularmente em família lhe impõe, e que não consegue dominar por si ou que lhe causam anciedade indevida.

Tais problemas se põe principalmente logo após a lesão sofrida, que exige ajustamentos que o enfermo, no leito, não pode fazer ou orientar convenientemente.

O momento do retorno para casa constitue, por outro lado, ponto crucial na reabilitação. Lá o reabilitando muitas vêzes não encontra as facilidades a que se habituara no hospital e nos centros de recuperação e treinamento, e se vê colocado em face de limitações, imprevistas ou previstas. Deve pois este momento ser devidamente preparado pela assistente social encarregada do caso, que poderá em geral garantir a cooperação plena da família. Seu inquérito social por outro lado porá a nu dificuldades previsiveis, quanto a finanças, trabalho, transporte, diversões, etc. Ela reduzirá seu impacto, fazendo sua profilaxia ou dando orientação a seu respeito.

Na Inglaterra havia cêrca de 2.000 assistentes sociais em 1950. São formadas em um curso universitário em ciências sociais, de 2 anos de duração, seguido de um ano de prática. Além disto havia cêrca de 500 assistentes sociais psiquiatricas, com um curriculo mais reduzido, de um ano de duração, e estágio obrigatório, em hospital psiquiatrico, de sòmente 3 meses.

Talvez haja conveniencia, no Brasil, em fazer as assistentes sociais acumular as de agente de recolocação. Seu grau e tipo de formação as capacita para exercer tal função, exigindo sòmente um conhecimento suplementar de bases de economia individual e coletiva e a colaboração de um esqueleto administrativo-informativo no setor de alçada do Ministério de Trabalho, principalmente informações sôbre o mercado de trabalho, conselhos de Conselheiros de Trabalho, etc. Tornar-se-á assim o "ministro do exterior" do reabilitando, aplainando suas dificuldades junto ao empregador, a sua família e traduzindo seus desejos e suas anciedades nas discussões em grupo da equipe. Nesta ordem de idéias, ainda lhe seria atribuivel a função de supervisor (veja abaixo). Aproveitar-se-ia desta forma o interêsse demonstrado pelas assistentes sociais, entre nós, pela reabilitação.

**Educadoras hospitalares**

Crianças expostas a perodos prolongados de hospitalização são necessariamente presas de desajustamentos emocionais, causados principalmente pelo súbito arrancamento do seio de sua família e pelas condições antinaturais em que, no meio hospitalar, passam de uma mão para outra sem ter a quem se apegar consistentemente, sem carinho e orientação materna.

Prevenir tais desajustamentos, substituindo a mãe ausente para um grupo de cêrca de 10 crianças, é função precipua da educadora hospitalar. Come com elas, supervisiona ou cuida de sua toilete, organiza jogos, orienta, e também dá os ensinamentos adequados para o normal desenvolvimento mental de seus pupilos. Também deve orientar os pais quanto aos cuidados a ter com os filhos enfermos ou convalecentes. Ela é, para a criança, mais ou menos o que é a assistente social para o adulto, mas necessita de treinamento diferente porque a criança é um indivíduo em formação, em desenvolvimento, com problemas de adaptação diferentes dos do adulto.

A idéia para a introdução destas educadoras no meio hospitalar parece ter surgido na França, onde já há um curso oficial, de 2 anos de duração, para sua formação, e onde prestam serviços inestimáveis (4).

**Serviço de próteses**

Próteses adequadas e outros dispositivos que compensem deficiências existentes (lentes ópticas, ampliadores de som, etc.) devem ser disponiveis, para levar a bom termo o processo de reabilitação.

As próteses para côtos de amputação ("membros artificiais") oferecem os maiores problemas. Sua manufatura, no país, é indispensável. Tem sido proposto que cada departamento de reabilitação tenha seu próprio protético. Mas isto sòmente é prático enquanto o número de centros de reabilitação de um país é dos mais restritos. Quando seu número se torna maior, esta solução é antieconômica e apresenta a grande desvantagem adicional de retardar demasiadamente a difusão de melhoramentos. Na Inglaterra a manufatura de tais próteses está centralizada em 3 oficinas, espalhadas pelo país. Uma delas (Roehampton) tem um departamento de pesquisa, em que são recebidas sugestões e desenhos e executados novos tipos. Se provam bem, os desenhos e instruções para a manufatura são imediatamente distribuidos às oficinas de produção.

Além delas, há na Inglaterra e Gales 32 centros de adaptação de membros artificiais (mais 6 na Escocia e 1 na Irlanda do Norte). Aí o mutilado aprende a fazer bom uso de sua prótese, e são feitos os pequenos ajustamentos individuais que se tornam necessários (fig. 8). O período devotado ao treinamento depende do indivíduo, mas nunca deveria ser dado por terminado antes que seja capaz de usar a prótese. Um contrôle trimestral, principalmente no início, se revelou útil (8d).

**Outros técnicos hospitalares**

Naturalmente um departamento de reabilitação deve contar com a cooperação de tôda a equipe restante do hospital, assim como com técnicos auxiliares. Médicos das diversas especialidades, clínicos gerais, farmaceuticos, enfermeiros, atendentes, serventes, cozinheiros, etc. Deve também ter pessoal administrativo em número adequado: secretário ou secretária, contador, arquivista, bibliotecário, ou próprio, ou em conjunção com a administração geral do hospital.

Nas enfermarias pode se tornar necessário um número maior de atendentes, quando o hospital passa a contar com um departamento de reabilitação; aos reabilitandos é imposta a exigência de se transportar do leito para o departamento de reabilitação, frequentemente varias vêzes ao dia, o que exige muitas vêzes a ajuda de tais atendentes, quer para sair do leito, quer para ser colocados em cadeiras de rodas, etc. Tal aumento de trabalho dos atendentes deve ser previsto e providenciado número adequado para fazer este trabalho suplementar.

Secretaria, biblioteca, contadoria, arquivo, também terão serviço adicional.

O departamento de ortopedia terá de sofrer expansão também.

Os demais departamentos e profissionais e auxiliares não serão significativamente afetados, quanto a número e funções, pela criação de um departamento de reabilitação num hospital. Não parece pois haver necessidade de me extender sôbre êles.

**Chefia**

Médicos especialistas em terapia física ou — termo mais geral ainda — em medicina física são os mais procurados para chefiar os departamentos de reabilitação dos hospitais ingleses.

Conforme o caso, e não sendo encontrado tal especialista no lugar, é escolhido um cirurgião ou médico especialista nas enfermidades em que se pretende fazer reabilitação no hospital e que tenha conhecimento de fisioterapia, assim como visão dos outros fatores envolvidos.

Se o ensino médico mais social dá ao médico inglês, mais que a qualquer outro, conhecimentos básicos que o qualificam para exercer a liderança de grupos e a discutir problemas com outros profissionais e outras pessoas, nem por isto deixa de haver diferenças individuais, de médico para médico, na disposição de enfrentar tais problemas gerais. Isto foi levado em consideração em recente diretiva do Ministério da Saúde da Grã-Bretanha.

Era regra, como vimos, que o chefe do departamento de medicina física recebia o encargo da supervisão e organização das facilidades de reabilitação em cada hospital. Credenciam-no para tal seus conhecimentos especializados, pois é habitualmente especialista em medicina física, ramo que compreende fisioterapia, ginástica terapêutica ativa e passiva e terapia ocupacional. Estes conhecimentos lhe permitem supervisão técnica efetiva de fisioterapistas, massagistas, quinesiterapistas e ergoterapistas.

Entretanto, notou-se que este especialista nem sempre possuia as necessárias qualidades de iniciativa, a capacidade de liderança e também de coordenação com pessoas e instituições, fora do hospital, cuja cooperação é requerida para a reabilitação. Circular de julho de 1958 do Ministério da Saúde às autoridades hospitalares recomenda-lhes por isto escolher, para tal encargo, qualquer médico hospitalar de alto nível (consultant) capaz de realizar a coordenação e disposto a promover o aspecto reabilitativo em todos trabalhos no hospital. Será também o escolhido o presidente da clínica de readaptação e recolocação, ou seja da conferencia para discussão dos casos mais complexos, entre todos participantes da equipe de reabilitação e elementos outros que possam trazer subsídios ao caso: clínico geral, visitadora sanitária, representantes de instituições financiadoras, etc. Isto é, será também, segundo a terminologia usada neste trabalho, o **orientador** da equipe.

Deve êle compreender que — no hospital moderno — as funções do departamento devem ser não sòmente curativas, mas também preventivas:

a) Restauração da capacidade funcional, total ou residual,

b) Manutenção da capacidade funcional durante intervenções, evitando que se deteriorem por repouso indevido.

c) prevenção de reduções previsiveis da capacidade funcional.

E deve ser capaz de integrar os fatores médicos, psicológicos, sociais e industrias, nas discussões em grupo.

**Orientador**

Em departamentos de reabilitação pequenos, o chefe poderá dirigir pessoalmente tôdas discussões em grupo necessárias. Em departamento maior esta função deve ser eventualmente desdobrada da de chefia e ser entregue a outro elemento, quer sòmente para os casos de impedimento do chefe, quer a título permanente.

Tem sido entregue esta função ao psicólogo clínico. A esta solução pode ser feita a objeção — nas condições do Brasil — que tal profissional não tem ascendente suficiente sôbre os demais membros da equipe.

Além disto, tem êle visão unilateral, não vendo de habito em perspectiva correta as dificuldades sociais e as deficiências orgânicas.

Deve ser um médico qualquer, como é habito nos Estados Unidos e também no centro de Slough? Falta-lhe — a não ser que adquira prática relativamente longa como assistente — noção suficiente das especialidades cooperantes.

O ideal será a existencia de médicos **clínicos** com curso de especialização em medicina física no sentido lato. Esta seria uma

boa solução, desde que nossas escolas médicas adotem modificações de seu programa, como as esboçadas em artigo anterior nosso, neste periódico (5), dando ao médico uma perspectiva social mais ampla e permitindo-lhe destarte maior compreensão do papel desempenhado pelos demais membros da equipe.

Sòmente assim poderá funcionar com eficiência máxima como dirigente das discussões em grupo da equipe, aplainando as diferenças de ponto de vista e obtendo a unidade de ação necessária; está talhado para isto por seu curso mais longo, e seu **status** social mais elevado. Com isto possuirá as premissas para exercer liderança e autoridade sôbre a equipe. A sua eficiência naturalmente dependerá de suas qualidades pessoais, que lhe dverão permitir extrair o máximo de cada membro da equipe e de não abusar da autoridade eventualmente adquirida. Os demais técnicos da equipe se julgarão iguais — senão mutuamente superiores — e por este motivo dificilmente se submeterão de boa vontade a outro, como orientador, desde que divirjam as opiniões sôbre o caso apresentado.

**Supervisores**

É ainda de tôda conveniencia que haja uma pessoa que acompanhe o reabilitando e supervisione seus progressos, desde os primordios de sua internação em hospital até o seguimento, inclusive. Dar-se-á desta forma ao reabilitando a impressão de unidade do processo e segurança, personiticando-o, por assim dizer, e ao mesmo tempo transmitindo-lhe a certeza de que há uma orientação segura e contínua dentro da multiplicidade — que lhe pode parecer estonteante — dos métodos adotados. Garante tal supervisão maior confiança, segurança e consequentemente maior cooperação do reabilitando, assim como melhor possibilidade de avaliar os resultados finais do processo, por haver quem possa fazer um relatório histórico contínuo, de **visu.**

Na Inglaterra não existe esta figura na equipe. Sua função é exercida, de maneira muito superficial, pelo clinico ou medico encarregado do caso no departamento de reabilitação.

Nos Estados Unidos a função é frequentemente exercida — tambem em escala limitada — pelo psicólogo, raramente pela assistente social.

No Brasil, quem deveria exercê-la?

O médico? Não teria, entre nós, tempo para exercê-la concientemente.

O psicólogo? Seu número é diminuto no Brasil e mal bastará para que os poucos existentes dêem conta das suas funçoes próprias na equipe. Alem disto não está habituado, nem muitas vezes habilitado, a fazer seguimento a domicílio.

Resta a assistente social, a que esta função cabe quase como uma luva, no meu entender.

Sòmente nas crianças incapazes deverá ser substituida por elemento de formação mais pedagogica: a educadora hospitalar, já mencionada, introduzida com luminosa intuição nos "Enfants Malades" pelo prof. Hindemeyer.

**Financiadores**

O pagamento da assistência necessária para a reabilitação poderá excepcionalmente ser custeado pelo próprio reabilitando, se for pessoa de recursos. Normalmente dependerá da existencia e suficiencia de organismos de seguro social, sociedades filantrópicas e de orgãos oficiais de assistencia social.

**A família**

Como já dissemos, os membros da família, do lar do reabilitando também constituem elementos importantes para o êxito do processo de reabilitação.

Não devem ser superprotectivos, mas permitir ao subválido que faça livremente o máximo de que seja capaz. Devem, por outro lado porém, remover tão discretamente quanto possível, mas também sem exageros neste sentido, os obstáculos temporária ou permanentemente irremovíveis à atividades a que êle se quiser entregar. Principalmente no início, é desejável que lhe sejam poupadas frustrações evitáveis, pois as inevitáveis já lhe impõem de hábito considerável pressão psicológica.

**O reabilitando**

**Last not least,** para que o processo de reabilitação possa ser aplicado, é necessário a existência de um **reabilitando.** Esta afirmação parecerá um truismo e nos dirão que sabidamente existem reabilitandos em grande número no Brasil. Infelizmente não é assim. Sòmente existem no Brasil numerosissimos **subválidos** ou **inválidos,** o que é coisa muito diferente.

Para que o deficiente se possa tornar um reabilitando, i. é um indivíduo que possa ser reabilitado, algo mais é necessário que a simples existência da incapacidade e dos técnicos e facilidades de reabilitação. E este algo mais é um firme desejo de ser reabilitado.

O trabalhador norte-americano ou norte-europeu foi educado, desde o berço, de modo a considerar o trabalho como meio básico para a auto-afirmação e a auto-estima.

Tôda a filosofia social e tôda a estrutura social em que está mergulhado estão impregnadas por esta noção básica. Por conseguinte, o incapacitado norte-europeu ou norte-americano normalmente sente a dupla frustração de ter se tornado um inútil na sociedade e um fardo para sua família. Deseja sair deste estado de frustração e tem pois motivação suficiente, na maioria das vêzes, para cooperar com tôda a fôrça de vontade, de que é capaz, no êxito da emprêsa. Além disto, o seguro social e a assistência social existente também lhe dão incentivo monetário para tentar sua própria reabilitação. Apesar disto, número apreciável de deficientes não conseguem levar a bom termo a sua reabilitação e desistem a meio caminho, como vimos linhas atrás.

A grande maioria dos sociólogos concorda na afirmativa que a mentalidade brasileira é fundamentalmente diversa, sob este aspecto, da norte-americana e norte-europea. Normalmente, não existe a obsessão do trabalho, mas antes o desejo de viver o mais agradavelmente possível (5). E, se de um lado a crescente industrialização teria normalmente por efeito solapar esta filosofia tradicional do brasileiro, a atmosfera de inflação e especulação em que se processa sòmente pode reforçá-la. Também a nossa legislação trabalhista e de seguro social não está talhada para oferecer ao trabalhador estímulo para mais trabalhar e produzir. É de esperar, pois, que no Brasil a porcentagem de deficientes que não conseguirão conduzir até o fim o processo de reabilitação será muito mais elevado que na Inglaterra e nos Estados Unidos.

Com isto, o próprio processo se tornará relativamente mais oneroso, e possivelmente mesmo deficitário. Uma seleção prévia dos casos que merecem reabilitação, entre os portadores de deficiências mais severas, talvez tornar-se-á conveniente.

Com estas considerações, parece-nos completada a análise que nos propusemos e daremos no capítulo a seguir a composição mínima de um departamento de reabilitação em hospital regional inglês: número de técnicos das diferentes categorias, equipamento considerado indispensável e área ocupada.

## CAPÍTULO III — ÁREA, EQUIPAMENTO, PESSOAL MÍNIMOS

Um hospital geral de 500 leitos, hospital-base de um distrito de cerca de 250.000 habitantes com áreas residenciais e industriais, terá de cuidar da reabilitação de 300 pacientes internados e 600 pacientes ambulatórios diariamente, segundo a experiência inglêsa.

### A — Acomodação

Hall de recepção com escritórios para 1) marcar hora, 2) prontuário e 3) assistente social 80 m².
Três consultórios, cada um com 2 vestiários — 50 m².
Sala para descanso e cantina de refrescos para doentes — 80 m².
Departamento fisioterápico com 30 cubículos de tratamento, escritório do chefe de fisioterapia, sala para pessoal, sala para irradiação ultravioleta em grupo e sala de diatermia com blindagem para prevenir rádio-interferência — 225 m².
Pequena piscina e vestiários — 80 m².
Ginásio de 9 x 18 m, sala exercícios terapêuticos de 9 m², vestiários para homens e mulheres, sanitários e sala para os ginastoterapêutas — 270 m².

Departamento de ergoterapia com oficinas separadas para trabalhos leves e pesados, 2 depósitos (18 m² cada), escritório para o ergoterapista-chefe e sala para pessoal — 225 m².

Cada departamento deve ter acomodação para espera. Este espaço será pequeno, porque cada paciente deve ter um programa diário predeterminado, e está incluido nas áreas de seção especificadas.

### B — Equipamento

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

12 banhos infravermelhos (calor radiante), grandes
8 idem, pequenos
6 lampadas infravermelhas, tamanho padrão
6 lampadas infravermelhas, portáteis
3 aparelhos de diatermia
1 lampada ultravioleta para irradiação em grupo
4 lampadas ultravioletas para uso individual e local
18 aparelhos para estimulação farádica
6 aparelhos para estimulação galvânica
3 aparelhos para estimulação sinusoidal

(Em geral aparelhos separados são mais econômicos que os combinados).

12 aparelhos para suspensão em alças e exercícios com contrapesos
30 divãs
20 mesinhas de tratamento, 45 x 60 cm de superfície.

DEPARTAMENTO DE GINÁSTICA

12 barras de parede
6 paralelas
24 banquetas de ginástica
1 barra fixa
2 cordas fixas ao teto
6 conjuntos de peso e pulia, de vários tipos
12 bolas para terapia de 3 libras
12 bolas para terapia de 6 libras
1 jogo de argolas de lançamento a distância
6 bolas de futebol
6 espelhos compridos para reeducação da postura e movimentos.

DEPARTAMENTO DE ERGOTERAPIA

12 teares movidos a pedal
12 teares de mesa
24 teares de cama
12 quadros para fazer tapetes
1 torno cerâmico
1 bancada de encadernador e guilhotina
6 bancadas de carpinteiro
6 jogos de ferramenta para carpinteiro
2 tornos para madeira, a pedal
1 cortadeira para metal (leve) a pedal
2 furadeiras manuais
2 serras de fita bicicleta
2 serras de fita a pedal
1 guilhotina para chapas de metal
4 ferros de soldar estanho
1 ferro de soldar a maçarico
Ferramenta para fazer cestos, trabalhos artísticos em couro. brinquedos moles
Ferramenta para trabalhar em metal leve e plástico.

### C. Pessoal

MÉDICOS:

1 diretor, de tempo integral,
2 assistentes, de tempo integral, especialistas em medicina física
1 psiquiatra-psicólogo, como consultante.

PESSOAL ADMINISTRATIVO

1 recepcionista
1 prontuarista
1 esteno-datilógrafa.

ASSISTENTES SOCIAIS MÉDICAS

1 de tempo integral ou várias em tempo parcial, especializadas então em diferentes tipos de doentes: casos clínicos, cirúrgicos, etc.

Número a determinar para seguimento.

FISIOTERAPISTAS (1000 pacientes por dia, em média)
1 superintendente
1 substituto do superintendente
18 assistentes.

GINASTOTERAPISTAS (140 pacientes por dia, em média)
1 superintendente (masculino ou feminino)
1 assistente masculino
1 assistente feminina

ERGOTERAPISTAS (80 pacientes por dia, ocupados de 45 minutos a 6 horas)
1 superintendente
4 assistentes
2 artífices para trabalhos em madeira e em metal

SALA DE DESCANSO E CANTINA DOS DOENTES

1 atendente de tempo integral
Devem ainda estar disponíveis, no departamento ou fora dêle:
1 psicotécnico
1 técnico de prótese
1 oficial de recolocação.

A maioria dos doentes começam já no leito a receber alguma forma de fisioterapia e ergoterapia, sendo admitidos ao ginásio e às oficinas ergoterapêuticas logo que possível, embora ainda em cadeiras de rodas. Mais tarde se fará para o convalescente um programa completo de fisioterapia, ginástica individual e me grupo, terapêutica ocupacional, descanso e recreação, que cubra o dia inteiro. Deste modo, terminado o estágio médico o indivíduo já é capaz de manter-se ativo pelo dia inteiro, e poderá trabalhar ou tirar todo proveito de passagem por centro de reabilitação profissional ou de treinamento.

RITA DE CASSIA BOUCHARD DE REVORÊDO (*)

# REABILITAÇÃO NOS E. U. A.

Com o aparecimento de novos métodos, no campo da ortopedia cirurgica, nos primórdios do século XIX, várias instituições começaram a se dedicar ao tratamento de crianças defeituosas, em vários centros europeus. Nos Estados Unidos, já no fim dêsse século, programas médicos e educacionais foram estabelecidos, através da iniciativa pública, para grupos de deficientes, tais como os surdos, os cegos, os débeis mentais, os defeituosos, os portadores de defeitos de linguagem e os tuberculosos.

No início do século XX, a opinião pública começou a se cristalizar nesse particular, sentindo ao mesmo tempo, a necessidade, o dever de atender e procurar resolver os diferentes problemas do grupo dos incapacitados físicos.

A iniciativa privada, porém, é que se incumbiu desta árdua e complexa tarefa, como também, tomou a si a responsabilidade de encontrar uma solução construtiva e humana para o aludido problema. As primeiras organizações a liderarem o movimento da reabilitação, de uma forma racional, dinâmica, foram sem dúvida, o "New York Institute for the Crippled and Disabled", a "Cleveland Association for Crippled and Disabled" e o "Service League for the Handicapped" em Chicago.

Simultâneamente, outras obras sociais começaram a dar atenção aos cuidados especiais que deveriam ser dispensados aos fìsicamente incapacitados. Em geral, as atividades e funções dessas obras consistiram em obter tratamento médico, em procurar emprêgo para o deficiente físico, em conceder aparelhos ortopédicos e outros e em abrir novas oportunidades de trabalho para os mesmos.

Concomitantemente, várias das indústrias norte-americanas iniciavam um movimento no sentido de dispensar um programa de ajustamento vocacional aos fìsicamente incapacitados. Alguns dos empregadores, possuidores já de uma nova mentalidade social e progressista começaram a sentir a responsabilidade de se utilizarem, em suas indústrias, de pessoas incapacitadas, se bem que, às vêzes, em funções subalternas.

De 15 anos a esta parte, porém, a grande maioria dos patrões começou a compreender o verdadeiro sentido da reabilitação, reconhecendo, também, o valor, a eficiência do trabalho do reabilitado. **Não pede êle compaixão, solicita, sim, que lhe seja concedida uma oportunidade.**

Vários fatores, no entretanto, são responsáveis por esta mudança de atitude do público norte-americano relativamente a êste problema.

Apontarei, aqui, alguns dos mesmos a fim de melhor se compreender a evolução, no século XX. do movimento da reabilitação nos Estados Unidos:

1) Aumento sensível do número dos física ou mentalmente incapacitados, que para poderem sobreviver, eram obrigados a se socorrer da caridade pública ou das instituições mantidas pelo govêrno;

2) Industrialização crescente, o que, em parte, determinou um maior índice de acidente no trabalho;

3) Mudança de atitude de parte das companhias de seguros de acidentes no trabalho em relação ao acidentado e aos benefícios de que era carecedor.

O tratamento médico e a indenização deveriam ser acompanhados de outras medidas, que permitissem ao acidentado a volta ao antigo trabalho ou o treinamento em outra função;

4) Legislação a respeito do problema acima adotada por vários estados;

5) Mutilados da 1.a guerra mundial e os resultados obtidos em vários países europeus, na reabilitação dos mesmos.

6) Legislação federal em 1918 decorrente de várias pesquisas realizadas pelos poderes públicos e particulares, estabelecendo serviços de reabilitação para os veteranos da 1.a guerra.

7) Resultados favoráveis obtidos na reabilitação dos veteranos, determinando a promulgação em 1920 de leis federais e estaduais extensivas aos incapacitados civis (mais atenção, porém, foi dada à orientação vocacional).

8) Meios de condução mais eficientes e rápidos, também concorrendo para o aumento de vítimas de acidentes de tráfego, etc. (paralisias cerebrais-paraplegias, etc.).

9) Epidemias de poliomelite, vitimando, anualmente, milhares e milhares de crianças e adultos.

10) Deflagração da 2.a guerra mundial em 1939 e entrada dos Estados Unidos na mesma em 1941. Êste fato obrigou aos norte americanos a se valerem de tôda a mão de obra disponível para construirem os seus meios de defesa bélica. Todo o elemento fìsicamente capacitado foi mobilizado, tornando-se, então, necessário o aproveitamento de todos quantos, na retaguarda, pudessem ser aproveitados.

11) Necessidade de se organizar serviços de reabilitação nos hospitais de guerra para os soldados que ainda pudessem voltar ao "front", ou ser utilizado na retaguarda.

12) Obrigação cívica e moral de parte do govêrno e das instituições particulares de promoverem os meios necessários à reabilitação dos mutilados de guerra.

13) Introdução de novos métodos no processo de reabilitação principalmente, o reconhecimento do valor da medicina física e da colaboração de outras especialidades no processo acima referido.

*) — Chefe da Divisão de Assistência Social da Delegacia de São Paulo do I.A.P.C.

**LITERATURA CITADA** - (Conclusão da página precedente):

(1) Martinus Pawel — Trabalho sôbre planificação de rede hospitalar para o país, apresentado ao 1.o Congresso Brasileiro de Hospitais, Rio 1953 — Revista Paulista de Hospitais, fevereiro 1957, V. 2:18

(2) Carlo Riccar — Relatório às Nações Unidas, 1951

(3) Ficha DPIZ — Ministry of Labour — London

(4) J. Hindemeyer — Necessité de la rééducation, formation des rééducateurs — V Congresso Internacional dos Técnicos da Saúde, 1956.

(5) Veja, entre muitos outros: W. L. Schurz — "This New Word" — George Allen & Unwin Ltd — London 1956; H. Tavares de Sá — "Brasileiros" — in **Americas**. maio 1949.

(6) Martinus Pawel — Como conceituar e orientar a formação profissional no Brasil

HOSPITAL DE HOJE 1957, VI : 23

14) Êxito completo do programa de reabilitação iniciado pelas fôrças armadas, logo após Pearl Harbor — programa êsse baseado na experiência e nos excelentes resultados obtidos pelas entidades particulares, principalmente pelo "Institute for Crippled and Disabled" de Nova York, de onde sairam os líderes da 3.a fase da medicina, com Rusk, Deaver, Kessler, Ferderber e muitos outros.

15) Revisão completa da legislação federal e estadual estabelecida em 1920 e concernente à reabilitação dos incapacitados civis e aprovação das emendas, apresentadas ao Congresso, pela lei 113 de julho de 1943, conhecida como a lei de Barden-La Follette.

16) Integração dos serviços de reabilitação proporcionados pelos poderes públicos e particulares.

17) Lei suplementar, de âmbito nacional, promulgada, em fins de 1954, permitindo ao govêrno federal auxiliar econômicamente aquêles estados que não possuam centros de reabilitação ou oficinas abrigadas de trabalho, em número suficiente, nas despesas de construção, organização e funcionamento dos mesmos para os indivíduos sèriamente incapacitados.

Eis, em síntese, os fatores principais que levaram os Estados Unidos e outras nações do mundo a enfrentar, com decisão o problema da reabilitação vocacional, encontrando para o mesmo, solução das mais construtivas, quer sob o ponto de vista médico, social, vocacional e, principalmente, econômico.

## PROGRAMA ATUAL DE REABILITAÇÃO VOCACIONAL NOS ESTADOS UNIDOS

**Para os civis:**

Os 48 estados, o distrito de Columbia (Washington), o Alaska, Porto Rico e Hawai possuem um programa de reabilitação vocacional com a cooperação do Escritório Federal de Reabilitação Vocacional do Departamento ou Ministério de Saúde, Educação e Bem Estar Social.
Isto equivale dizer que cada um dos estados da nação norte americana tem um escritório estadual de reabilitação, em geral subordinado à Secretaria da Educação. O Escritório Federal de Reabilitação, localizado em Washington, é conhecido como o "Federal Office of Vocational Rehabilitation" e tem a finalidade de supervisionar os programas estaduas; estabelecer "standards" ou normas; prestar assistência técnica, quando solicitada, e garantir aos estados as subvenções federais.

Em geral, o escritório estadual é localizado na Capital de cada estado, possuindo um diretor, um assistente do diretor e vários supervisores, incumbidos, cada um, de prestar orientação e assistência técnica nas várias fases do programa de reabilitação, tais como na de recuperação física; a orientação vocacional, treinamento e colocação, programas de treinamento a domicílio, serviços especiais para os cegos, para os sèriamente incapacitados, incluindo a supervisão das lojas existentes nas repartições públicas e que são dirigidas por cegos.

Alguns estados possuem agências especiais para a reabilitação dos cegos, mantendo, porém, estas estreita ligação com os escritórios acima aludidos.

Valem-se os escritórios estaduais do concurso de colaboração de consultores técnicos, tais como médicos, psicologistas, assistentes sociais, etc. Êsses técnicos fazem parte integrante do quadro de pessoal, se bem que alguns não sejam obrigados a dar tempo integral.

Compete ao escritório estadual organizar as agências distritais e locais, supervisionando-as em administração e execução dos programas de reabilitação. Exerce, assim, o escritório estadual uma função orientadora de supervisão, delegando poderes às agências distritais e locais.

A direção destas está a cargo de um gerente, assessorado por um supervisor, que é o elemento de ligação entre o gerente e os orientadores vocacionais, comummente denominados "rehabilitation workers or counsellors". Dependendo das necessidades e das características da agência, podem elas, sempre e sempre, se utilizar, em seu quadro de pessoal, de consultores técnicos, como ocorre nos escritórios distritais de Nova York, Chicago, Boston, etc.

Os serviços dispensados em todos os estados dos Estados Unidos, não como caridade, mas como um direito, são os seguintes:

Dividem-se êles em duas categorias — a primeira inteiramente gratuita e a outra, dependendo de se provar que o indivíduo não está em condições de custear as referidas despesas.

1) a) exame médico para se determinar a extensão da incapacidade e também para se descobrir outras incapacidades não aparentes, a fim de se verificar qual a tolerância do indivíduo para esta ou aquela função e se é êle um candidato possível de ser reabiiltado;

b) orientação vocacional de caráter individual, no sentido de se ajudar o incapacitado a escolher e a obter o emprêgo que deseja, de acôrdo com as suas tendências, aptidões e a sua limitação física ou mental;

c) Treinamento para o emprêgo adequado em escolas, ginásios, ou curso de colégio e universidade — no próprio emprêgo, por correspondência ou de outra qualquer maneira, a fim de capacitar o indivíduo a desempenhar satisfatòriamente a sua futura função;

d) Colocação no emprêgo adequado, após haver o indivíduo recebido o treinamento apropriado e adequado;

e) Seguimento ou "follow up" do reabilitado no trabalho, a fim de se ter certeza que, tanto o empregado, como o empregador, se acham satisfeitos um com o outro.

2) a) Tratamento médico — cirúrgico, psiquiátrico e hospitalar, em centro de reabilitação, no sentido de se remover ou reduzir a incapacidade funcional ou mental do indivíduo;

b) Aparelhos de tôda a sorte, como sejam: pernas artificiais, braços, aparêlho ortopédico, auditivo etc., a fim de aumentar, se possível, a capacidade de trabalho do indivíduo;

c) Verba para a manutenção e transporte do indivíduo, se necessário, a fim de poder se submeter êle ao tratamento prescrito ou ao treinamento indicado em seu caso;

d) Fornecimento de material indispensável, isto é, ferramentas, equipamentos, pagamento de licenças ou o que seja necessário a fim de que êle possa começar a trabalhar, principalmente, quando se trata de indivíduo que vai exercer sua profissão, por conta própria.

Relativamente ao item "c" da primeira categoria, justo é que me refira à valiosa colaboração prestada aos escritórios distritais e locais pela "Agência de Colocação do Estado" ou seja U. S. Employment Service", na obtenção de emprêgo para os físicamente incapacitados. A maioria dessas agências possui pessoal especializado e em condições de se ocupar daquele grupo de candidatos a emprêgo.
Como é óbvio, os escritórios distritais ou locais, devem proceder à necessária seleção dos candidatos à reabilitação. Obedece a seleção ao seguinte critério ou às seguintes condições:

a) Uma incapacidade que esteja, de maneira decisiva, impedindo o indivíduo a obter um emprêgo;

b) Uma possibilidade razoável para que êle de futuro, possa ser colocado;

c) Limite de idade para o trabalho. Esta condição, porém, obedece a **um** critério elástico, pois cada caso é estudado individualmente.

A manutenção de todos êstes serviços está sob a responsabilidade dos govêrnos federal e estadual, contribuindo, o primeiro, ainda com 70% e o outro com 30%. E' pensamento, porém, do govêrno federal estudar a possibilidade de elevar a contribuição dos estados, talvez de 20%, a fim de que a participação, em dinheiro, de ambos os poderes se torne equitativa.
Um dos pontos mais importantes dos programas de reabilitação nos Estados Unidos, além do objetivo principal, que é o de servir o incapacitado físico, constitui, sem dúvida, o seguinte.
Serve o programa aquêles indivíduos, utilizando-se dos recursos da comunidade, isto é, contratam os serviços indispensáveis ao processo de reabilitação das entidades oficiais ou particulares existentes

---

A FERVURA DESINFETA PRECARIAMENTE

A AUTOCLAVE ESTERILIZA EFETIVAMENTE

na localidade ou próximo à mesma, tais como hospitais, sanatórios, centros de reabilitação, oficina abrigada de trabalho, clínicas especializadas, escolas vocacionais, colégios, universidades, etc. Servem-se, também, mediante remuneração, dos serviços dos profissionais liberais, como médicos, em suas mais diversas especialidades, incluindo, naturalmente, o psiquiatra; psicologista, professor, etc.

Essa forma de organização permite que os recursos assistenciais da comunidade sejam desenvolvidos e aperfeiçoados; que se evite a duplicidade de meios e de esforços e, principalmente, que a comunidade compreenda melhor o motivo da criação de novas facilidades. Permite, ademais, um entrosamento de atividades, fazendo com que a comunidade, também, tome parte na promoção, introdução e organização de novos recursos assistenciais, tudo com o objetivo de se alcançar uma reabilitação satisfatória do incapacitado. Sòmente, quando a iniciativa privada se encontra impossibilitada de promover êstes meios é que os escritórios estaduais chamam a sí esta responsabilidade, como ocorre nos estados de Virginia e Iowa.

Incapacitados físicos ou mentais de tôda natureza são, atualmente, passíveis de se tornar elemento úteis e produtivos da sociedade, graças ao conceito moderno de reabilitação que foi adotado pelos norte-americanos.

A reabilitação não se limita a êste ou aquêle grupo de deficientes. E' um direito que o estado e a sociedade concedem a todos aquêles que se encontram em condições de fazer jús à mesma.

Por outro lado, não pertence o processo de reabilitação a êste ou aquêle grupo profissional. Trata-se de um trabalho de equipe, onde a conjugação de conhecimentos, de esforços, o entrosamento de atividades; o espírito de colaboração, de harmonia terá que existir, entre os diferentes técnicos, a fim de se poder alcançar o objetivo almejado.

Seja-me, agora, permitido tecer rápidas considerações a respeito do programa de reabilitação para veteranos nos Estados Unidos.

O Govêrno Federal é o único responsável pela organização e funcionamento daquele programa, o que significa que o "Veteran's Administration" incluindo os hospitais para veteranos são exclusivamente mantidos através de fundos federais.

O "Veteran's Administration" é uma entidade de âmbito nacional e o órgão que leva a cabo o programa da reabilitação dos veteranos física ou mentalmente incapacitados.

Está êle subordinado diretamente ao Presidente da República. Possui o V. A. mais de 100 hospitais, localizados nos mais diferentes pontos do território norte-americano, com a capacidade de cêrca de 210.000 leitos. Prestam êsses hospitais assistência médica de alto padrão, bem como estão aparelhadas a dispensar os mais variados serviços, no campo da reabilitação vocacional.

Tem direito à reabilitação os veteranos da 2.a guerra mundial e os da Coréia.

O "Veteran's Administration" mantém, também contratos com diversas instituições da comunidade, tais como escolas vocacionais, universidades, oficinas abrigadas de trabalho, principalmente, na parte pròpriamente dita de treinamento vocacional ou profissional.

De uma maneira geral, o V. A. proporciona aos veteranos no campo da reabilitação, os mesmos serviços que são dispensados aos civis, através dos escritórios estaduais de reabilitação.

O objetivo dos dois programas é identico adotado em ambos, quase que o mesmo processo de trabalho. Talvez, a diferença marcante seja o fato de não oferecer o V. A. orientação vocacional continua durante todo o processo de reabilitação e, sim, sòmente em algumas das fases. Essa falha, entretanto, vem, em parte, sendo suprida pelo Serviço Social que se esforça em remediá-la.

Por outro lado, porém, o V. A. concede aos veteranos, durante todo o tempo de seu treinamento vocacional e nos dois meses subsequentes ao mesmo, auxílio-manutenção e, ainda, uma indenização para si e sua família.

Devo chamar a atenção do leitor para o fato de já existir, de parte de um bom número de empregadores, a verdadeira compreensão do sentido e do valor da reabilitação vocacional.

Fica bem claro, porém, que sem o decidido apoio dos mesmos, muito pouco poderia ter sido alcançado.

Oxalá que êste espírito de compreensão, também, se manifeste entre nós, de forma mais positiva, a fim de que possamos, unidos, isto é, govêrno, capital e trabalho, auxiliar o física ou mentalmente incapacitado a se auxiliar a si próprio.

Em quanto que o processo de reabilitação da maior parte dos indivíduos deficitários pode, sem a menor dúvida ser levado a efeito pelos programas oficiais ou particulares, através da conjugação de esforços de diferentes entidades, tais como hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas, sanatórios médicos particulares, escolas vocacionais, profissionais, oficinas abrigadas de trabalho, agências de serviço social etc., o processo, repito, dos sèriamente incapacitados deve se proceder em um centro de reabilitação, dada a complexidade dos problemas apresentados por aquêle grupo.

Os referidos centros tanto podem obedecer ao regime de internato, quanto ao de semi-internato, dependendo, é claro, do tipo de reabilitando, a que vão servir.

A maioria dos centros sob o regime de internato adota a seguinte organização: **Direção**, subordinada a um conselho consultivo; subordinados à direção encontram-se **serviços médicos**, incluindo as partes de diagnóstico e tratamentos médicos, terapia física e ocupacional, enfermagem e tratamento dentário; **serviços administrativos:** os responsáveis pela contabilidade, manutenção, pessoal, compras e cafeteria ou restaurante; **os serviços de orientação**, compreendendo os testes psicológicos, a orientação vocacional, atividades recreativas e supervisão dos dormitórios; e os **serviços de treinamento**, ocupando-se da educação escolar ou acadêmica, vocacional e adatação ao trabalho.

Várias são as definições existentes sôbre o que seja um centro de reabilitação. Limitar-me-ei a mencionar, sòmente a que se me afigura expressar melhor a sua significação: "E' o entrosamento de serviços especializados, existentes, dentro de uma organização, através dos quais pessoas incapacitadas, procedentes de hospitais, sanatórios etc., após serem devidamente recuperadas sob o ponto de vista físico, funcional ou mental e, concomitantemente, treinadas ou retreinadas sob o aspecto vocacional, tornam-se capazes de voltar às suas atividades produtivas. Não são, portanto, hospitais, nem escolas e nem fábricas, mas possuem os centros muitas das características dos mesmos.

Existem, nos Estados Unidos, no presente momento, cêrca de 40 centros, assim classificados:

1) 22 centros mantidos com fundos da comunidade e sem interêsse lucrativo, que se ocupam de casos passíveis de serem reabilitados ambulatòriamente.

2) 5 localizados em hospitais e mais interessados na parte de medicina física e na reabilitação social, já porém, com um programa pré-vocacional.

3) 5 não filiados a hospitais, mas para casos que devem ficar internados. Exemplos: Kessler Institute em New JerseY e o Kabat-Kaiser na California — Parte de pesquisa bem adiantada, bem como de treinamento de pessoal especializado.

4) 3 mantidos por companhia de seguros de acidente no trabalho, para casos de ambulatório. Exemplos: Liberty Mutual Insurance Co. — Chicago e Boston.

5) 2 mantidos pelos programas de reabilitação vocacional estadual (Virginia e Iowa); processo de reabilitação integral com falhas no aspecto social — Woodrow Wilson Rehabilitation Center — Fishersville e Des Moines — Woodrow Wilson o mais importante.

---


A SUA AUTOCLAVE PREENCHE ESTES PRINCÍPIOS BÁSICOS:

a. TERMÔMETRO DO MERCÚRIO NA SAÍDA DO VAPOR?

b. ENTRADA DO VAPOR PELA PARTE POSTERIOR, SUPERIOR?

c. SAÍDA DO VAPOR PELA PARTE INFERIOR, ANTERIOR?

d. VÁLVULA DE SEGURANÇA AUTOMÁTICA?

e. PORTA DE SEGURANÇA?

f. FUNIL DE DESCARGA NA LINHA DE ESGOTAMENTO?

6) 2 filiados a Universidades — Institute of Physical Medicine and Rehabilitation (Dr. Rusk) Nova York — filiado à Universidade do Estado de Nova York e ao Bellevue Hospital — Institute for Crippled and Disabled — filiado à Universidade de Columbia e Presbyterian Medical Center — Grande interêsse em pesquisa e treinamento pessoal.
7) 1 filiado a uma escola profissional, em Okhoma, onde o processo também é integral.

Em todos os centros acima mencionados, a reabilitação dos incapacidados é realizada, através do **trabalho em equipe.**

Isso equivale dizer que "o processo de reabiiltação, em um centro, é efetuado por um grupo de vários técnicos ou profissionais, que, desenvolvendo, em conjunto e de comum acôrdo, suas atividades, em um mesmo local, obedecem a um plano prèviamente traçado e tem, como objetivo, a personalidade total do reabilitando e o auxílio que êste necessita para se tornar auto-suficiente.

E o esfôrço dispendido por êsse grupo de especialistas é o que se denomina **trabalho em equipe".**

Geralmente, a equipe de reabilitação compõe-se dos seguintes e indispensáveis elementos: o **diretor do centro** que pode ser ou não um médico, devendo, no entanto, possuir um conhecimento geral do assunto; um médico-chefe; um ortopedista; um fisiatrista (médico especializado em medicina física); um psiquiatra; um psicólogo, um fisioterapista, com prática em ginástica médica, um terapista ocupacional; um assistente social; um orientador vocacional, com experiência em classificação, especificação e análise de empregos e em mercado de trabalho, bem como pessoal administrativo.

Cada um dos componentes da equipe tem, como é lógico, uma função específica a executar. Uns são responsáveis pelas fases de recuperação post-hospitalar e reeducação física ou mental; outros pelas de reeducação escolar ou vocacional, de readatação ao trabalho e de reemprêgo. Todos, no entretanto, encontram-se inteiramente a par do que ocorre ao reabilitando, desde que ingresse êle no centro, até o dia em que o deixe já reabilitado. Isto se torna possível graças ao espírito de compreensão, de cooperação, de harmonia, de inter-comunicação que prevalece na equipe durante todo o processo de reabilitação.

Com a finalidade de dar uma idéia bem objetiva de um centro de reabilitação, farei aqui uma rápida descrição de um dos centros por mim visitados, nos Estados Unidos, o "Woodrow Wilson Rehabilitation Center".

Mais ou menos 24 estados, o Distrito de Columbia e Porto Rico, como também as agências sociais e particulares e a "United Mine Workers Welfare Retirement Fund" servem-se dos recursos e serviços do Centro de Reabilitação Woodrow Wilson" no que se refere ao diagnóstico médico-vocacional do cliente sèriamente incapacitado e consequente plano de tratamento a ser levado a efeito. E' um centro de reabilitação completo, administrado pelo Estado de Virginia, tendo, no momento, acomodações para 300 estudantes. Em "Woodrow Wilson", o paciente não é chamado "paciente". Lá, é êle conhecido como um "estudante", o que o auxilia a se aproximar de processo de reabilitação, sob o ponto de vista social e psicologia, facilitando, assim de início, ao mesmo um melhor ajustamento ao seu novo meio ambiente. Uma grande variedade de indivíduos incapacitados é aceita para os serviços de reabilitação no Centro, como paraplégicos, quadriplégicos, vítimas da poliomielite, tuberculosos estacionários, cardíacos, hemiplégicos, epiléticos, vítimas da paralisia cerebral, retardados mentais, artríticos e pacientes mentais com alta, desde que sejam candidatos passíveis à reabilitação vocacional.

O Centro oferece aos estudantes completa orientação, incluindo testes psicológicos e completo tratamento post-hospitalar de reabilitação, o que é elevado a efeito paralelo ao ensino vocacional, organizado, dentro de um plano profissional, nos moldes do mais alto padrão de ensinamentos técnicos.

O estabelecimento oferece residência e manutenção. Morando o estudante no próprio Centro, enquanto recebe os serviços dêste programa intenso, aproxima-se êle a um sistema normal de vida, através do qual se expõe e se beneficia do processo total de reabilitação. A coordenação entre os profissionais tais como o fisiatra (especialista em medicina física), o médico, o terapista, o terapista ocupacional, o terapista vocal, a enfermeira, os orientadores e professores é feita pela avaliação física, mental e vocacional dos estudantes incapacidtados e pela solicitação de outros serviços, exigida para sua reabilitação, não sòmente com relação à restauração física e vocacional, mas também na preparação do estudante para maior eficiência do desenvolvimento de suas atividades cotidianas.

Semanalmente, são realizadas conferências das quais participa todo o pessoal do Centro, dando impressões, avaliações ou recomendações relacionadas com os planos de reabilitacão dos estudantes.

A orientação individual é dispensada durante todo o processo de reabilitação e apôio lhe é dado no sentido de prevenir problemas de desajustamento. Permanente contacto é mantido pelo Centro com a Agência que o encaminhou, sôbre o progresso do estudante em Woodrow Wilson, a fim de ajustar com esta planos sôbre o emprêgo que possa êle futuramente ocupar em sua cidade natal, quando estiver prestes a terminar seu treino de reabilitação vocacional. O ambiente de conchêgo e amor, o sincero e profundo interêsse por parte de cada membro da equipe do processo de reabilitação para com os estudantes, foram pontos que realmente me impressionaram durante período de estágio em "Woodrow Wilson". Apesar disso, senti realmente que existe em "Woodrow Wilson" um lugar definido para o assistente social dentro da equipe de aproximação. O assistente social, em virtude de seus conhecimentos específicos, estaria em condições de encarar o estudante em sua total personalidade e poderia ajudá-lo a enfrentar e superar seus problemas pessoais e de ambiente, servindo, ao mesmo tempo, de elemento de ligação entre o estudante, a família e o centro. O assistente social, além do mais, poderia interpretar à família o plano de reabilitação a fim de que a mesma possa estar em condições de compreendê-lo e de dar sua cooperação. A falta de interêsse ou incompreensão, por parte da família, a respeito do plano de reabilitação do estudante poderá facilmente pôr em risco todo o processo de reabilitação estar completo, esta ou cíficos que podem ser apresentados para o estudante, estão àqueles referentes à super-proteção ou excessiva espectativa por parte da família. Depois do processo de reabilitação estar compelto, esta ou continuará a proteger o estudante reabilitado ou a olhá-lo como um pessoa normalmente capacitada, não levando em consideração sua limitação física, mental ou vocacional, e exigindo, muitas vêzes dêle muito mais do que realmente poderia executar. Também, em muitos casos, a família do indivíduo sèriamente incapacitado precisa de tanta orientação quanto o estudante. O ambiente no lar deve estar preparado para receber o cliente reabilitado. Na maioria dos casos, está êle voltando à uma nova vida, uma vida que poderá lhe assegurar posição social, segurança e independência. **Dependência e proteção constituiram suas experiências em casa, no passado; seu futuro — independência e uma nova forma de vida, uma nova estrada a frente!** Esta nova experiência para êle contudo deve ser posta à prova. O sucesso ou insucesso em conseguir um ajustamento satisfatório no novo ambiente dependerá, grandemente da extensão da cooperação e compreensão que êle receber de sua família. O assistente social, como parte integrante da equipe, tem uma contribuição importantissima a dar nesta fase do processo de reabilitação. Felizmente, em quase sua totalidade, os principais membros do Centro de Reabilitação "Woodrow Wilson", com os quais conversei sôbre o assunto, unanimemente reconhecem que o Serviço Social deve ali ser organizado Apesar disso, o Centro está conseguindo ótimos e animadores resultados, e, ao mesmo tempo, abrindo novos caminhos no campo de reabilitação vocacional. Lá, mais do que em outros lugares, por mim visitados, senti realmente, o processo total de reabilitação sempre em funcionamento.

---

## SEMINÁRIO SOBRE REABILITAÇÃO

Realizou-se nos dias 3, 4 e 5 de setembro passado, no Instituto de Reabilitação, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um Seminário sôbre Reabilitação, que foi dirigido pelo Coordenador Nacional de Reabilitação, prof. F. E. Godoy Moreira.

O Seminário constou de palestras e demonstrações sobre: a) o conceito de reabilitação; b) os problemas especiais da reabilitação no Brasil; c) idéias atuais sôbre Medicina Física; d) o uso da Terapia Ocupacional; e) o Serviço Social em Reabiiltação; f) o papel do paciente ao trabalho; h) indicações e prescrições de membros artifiicais e aparelhos ortopédicos, etc.

Estes assuntos foram desenvolvidos por membros do grupo de reabilitação do Instituto e pelos técnicos e conselheiros das Nações Unidas, que atualmente ali trabalham.

# O Instituto Nacional de Reabilitação (INAR)

PROF. F. E. GODOY MOREIRA *

Esta comunicação é uma síntese do que é o Instituto Nacional de Reabilitação e qual a sua finalidade.

Nos últimos anos muito se tem falado e escrito sôbre "Reabilitação"; na verdade, essa palavra tem sido tão largamente usada, que se criou certa confusão a respeito de seu verdadeiro significado.

Reabilitação não é uma especialidade médica no sentido geralmente aceito, nem é uma solução milagrosa de todos os problemas do doente crônico. Ela é ou deveria ser o esfôrço combinado de um grupo de profissionais para recuperar os incapacitados para o uso mais completo possível das suas capacidades física, mental, social, profissional e econômica.

A sua doutrina fundamental deve ser baseada na lógica. Deve haver uma compreensão exata das finalidades a serem atingidas e uma apreciação realística do que poderia ser conseguido física e profissionalmente; a experiência tem mostrado que essas possibilidades são, em geral, mais amplas do que se pensa, porém atingíveis quando o programa detalhado é planejado e aplicado a cada caso em particular.

É com o objetivo de mostrar o que a Reabilitação pode ou não pode fazer, que o Instituto Nacional de Reabilitação foi instalado no Hospital da Clínica Ortopédica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os serviços oferecidos nêsse Instituto são:

1 — Serviço de Medicina Física

Êste serviço usa tôdas as modalidades de Medicina Física, com maior ênfaze nos exercícios terapêuticos, para restaurar as habilidades físicas dos pacientes. Êste serviço trabalha em conjunto com a oficina ortopédica para corrigir, na medida do possível, as incapacidades do paciente, quer sejam funcionais ou estéticas.

2 — Serviço de Atividades da Vida Diária

Nêste serviço ensina-se o paciente a tornar-se o mais independente possível e a precisar o menos possível dos outros, para comer, vertir-se, lavar-se e tôdas as outras atividades inherentes à vida diária.

3 — Serviço de Terapia Ocupacional

Êste serviço tem duas finalidades:

a) Dar ao paciente ocupações planejadas para ajudar a recuperação funcional de determinados movimentos.

b) Pesquisar, com a ajuda do orientador profissional, o seu potencial de trabalho, quais as tarefas em que o paciente é mais habilidoso e desenvolver essa habilidade de maneira que ela seja aproveitada mais tarde para treinamento, tendo em vista uma profissão remunerada.

4 — Serviço Social

Êste serviço investiga e trata os problemas sociais, procurando remover as condições de ordem individual, familiar e econômica, que possam impedir a completa recuperação do paciente.

5 — Serviço de Orientação Profissional

Nêste serviço o paciente é investigado no sentido de se procurar recolocá-lo na mesma profissão que exercia anteriormente. Se isso não for possível, êle é orientado com o auxílio do Serviço de Psicologia e o de Terapia Ocupacional, na escolha de uma nova profissão.

6 — Serviço de Colocação

Êste serviço ajuda e aconselha o paciente a obter o emprêgo

* Coordenador Nacional de Reabilitação, Diretor do INAR, Catedrático de Ortopedia e Traumatologia da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo.

**Fig. 2 — Vista lateral do edifício.**

escolhido. É o traço de união entre o empregado incapacitado físico e os empregadores em potencial. Esforça-se, também, no sentido de destruir os preconceitos existentes contra os incapacitados e de mostrar ao empregador as vantagens que decorram do emprêgo dos mesmos, através de um trabalho de relações públicas.

7 — Serviço de Psicologia

Compete a êste serviço:

a) Fazer uma avaliação psicológica; calcular o nível intelectual; investigar as características e tipos de personalidade, interêsses e aptidões.

b) Dar assistência psicológica ao cliente, no sentido de auxíliá-lo a resolver seus problemas psicológicos resultantes da incapacidade ou manifestos através dela.

8 — Oficina Ortopédica

Êste serviço confecciona as próteses, os aparelhos ortopédicos e todos os apetrechos necessários para permitir ao incapacitado realizar, por seus próprios meios, as atividades da vida diária.

Em princípio, o incapacitado deve usar, sucessivamente no seu processo de reabilitação, todos os serviços mencionados para que seja possível recuperá-lo físicamente e torná-lo apto para ocupar um emprêgo remunerado. Naturalmente nem todos os pacientes podem ser tratados de maneira tão satisfatória, porém é certo de que alguma coisa pode ser feita para quase todos os doentes crônicos. No caso de um homem que esteve confinado ao leito, paralizado e com incontinência dos esfinteres, por muitos anos, a recuperação da capacidade de sentar-se, comer por si e conservar-se limpo, é uma vitória tão grande quanto o é a colocação remunerada de um outro menos incapacitado.

O Instituto Nacional de Reabilitação se dispõe a mostrar o que deve ser feito e como se faz para a reabilitação dos incapacitados. Em alguns casos, além do que é possível fazer no Instituto, atualmente será indicado, o que esperamos poder fazer no futuro. Nenhum Centro de Reabilitação pode resolver todos os problemas. Há problemas específicos que se aplicam sòmente a determinadas regiões; o que é aceito em um país pode não o ser em outro. Deverá haver modificações de país para país, de estado para estado e mesmo de cidade para cidade. Porém, os princípios fundamentais de racionalização dos tratamentos permanecem constantes, assim como são os mesmos, os princípios básicos da organização de um grupo de reabilitação. O Instituto Nacional de Reabilitação está sempre à disposição dos interessados para demonstrar, ensinar e debater os problemas da Reabilitação.

De maneira concreta, aceitamos desde já estagiários para treinamento nos Serviços de Medicina Física, Terapia Ocupacional, Atividades da Vida Diária e na Oficina Ortopédica. Estamos planejando aceitar estagiários nos outros serviços do Instituto.

Acham-se em pleno funcionamento Cursos para formação de Técnicos em Medicina Física e em Terapia Ocupacional. Êsses Cursos têm a duração de 2 anos, e, anualmente admitem-se novas turmas. O exame de seleção realiza-se no período de 2 a 10 de janeiro, e consta de provas sôbre o programa ginasial (1.º ciclo), de português, matemática e ciências naturais, testes psicológicos e entrevista pessoal.

Teremos prazer em responder as consultas que nos forem dirigidas sôbre os assuntos referentes à Reabilitação em geral.

## NOTA REDATORIAL:

O govêrno do Estado assinou em 1955 decreto criando o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatologica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, inaugurada em 31 de julho de 1953.

A iniciativa, de capital importância na recuperação do incapacitado físico, vinha desde 1951 preocupando a Organização das Nações Unidas, que enviou vários de seus emissários à América Latina a fim de estudar o local mais apropriado para instalação de um Centro de Reabilitação.

Finalmente, em 1955, decidiu a organização mundial que o Centro Médico de São Paulo preenchia exatamente os quatro requisitos essenciais por ela exigidos a saber:

a) estar ligado a serviços hospitalares adequados e facilidades de ensino;

b) possibilitar oportunidade para treinamento vocacional;

c) apresentar ensejo de emprego na comunidade, dos incapacitados físicos reabilitados e treinados convenientemente;

d) ser acessível ao treinamento de médicos, e outros profissionais técnicos do local e de outros países.

Enfim, São Paulo apresenta condições excepcionalmente favoráveis, como cidade eminentemente industrial, para o aproveitamento dos incapacitados físicos.

Funcionando inicialmente, a título precário, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatologica, hospital Universitário com uma capacidade de cêrca de 300 leitos, deverá se constituir, muito em breve, em entidade autonoma, subordinada à Reitoria da Universidade de São Paulo, pois é uma instituição de ambito nacional e que deverá ter os seguintes objetivos:

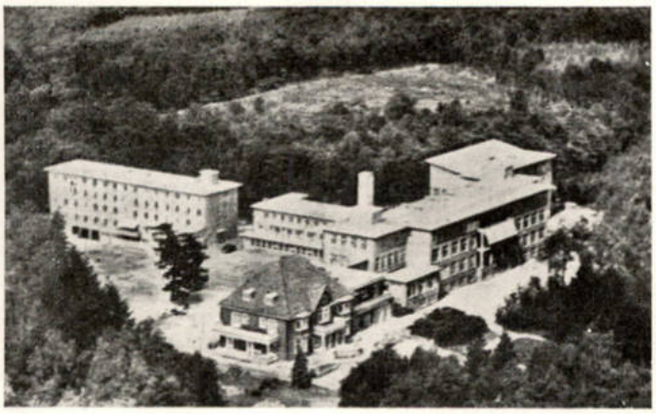
1) demonstrar o valor econômico e social da reabilitação e educar a opinião pública no que se refere às possibilidades de trabalho das pessoas defeituosas, e, seu direito de ocupar uma posição útil e definida na sociedade;

2) prover serviço de reabilitação eficiente aos incapacitados físicos, principalmente aos adultos e operários acidentados;

3) treinar pessoal técnico: médicos, fisioterapista, terapistas ocupacionais, conselheiros vocacionais, assistentes sociais, psicologos e outros;

4) fazer pesquisas no campo de reabilitação, com a finalidade de oferecer melhores serviços para os incapacitados.

Como programa inicial de trabalho, está o Instituto Nacional de Reabilitação, dirigido pelo prof. Godoy Moreira, traçando as bases do 1.o curso oficial de Fisioterapia. Para tanto, já conta com a colaboração de técnicos enviados recentemente pela ONU, além do corpo médico do hospital.



O artigo abaixo é contribuição do conhecido técnico em medicina social e jornalista holandez Albert J. Luikinga, que o escreveu especialmente para HOSPITAL DE HOJE em reconhecimento do esforço de seus diretores de apresentar uma revista de alto nível, o que muito nos desvanece.

# O QUE SE FAZ NA HOLANDA PELA REABILITAÇÃO

A. J. LUIKINGA

Tradução de U. Preguizer e M. Pawel

Uma lei, proclamada em 1 de agosto de 1947, determina que nos Países-Baixos tôdas emprêsas com mais de 20 empregados devem empregar para cada 50 assalariados ou fração, pelo menos um subválido.

Como subválidos ou indivíduos de capacidade de trabalho reduzida são designados pela lei aqueles que, em consequência de moléstias ou deformidades físicas ou psíquicas encontram dificuldade considerável em ganhar seus sustento pelo trabalho. Incluem-se os antigos combatentes das forças regulares e do "maquis" que recebem uma pensão por moléstias ou deformações contraídas na guerra. Havendo divergencias sôbre a capacidade de trabalho de um operário, a decisão é proferida pelo diretor do departamento regional de trabalho, com assistência de uma comissão paritária.

É tido como desejável que o subválido seja empregado com o salário normal em sua profissão. A lei permite exceções quando a incapacidade é grande.

Se o subválido não merece o salário por falta de conhecimento técnicos ou tirocínio, as autoridades podem conceder auxílios em forma de subsídios de treinamento ou instrução. Educação ou re-educação profissional pode ser dada dentro da ou através da emprêsa. O departamento regional de trabalho deve dar permissão para dispensa de operários e controla que os subválidos não sejam dispensados antes dos válidos.

Em princípio qualquer indivíduo nos Países-Baixos é eligível para reabilitação social. O tipo de deficiencia é indiferente. O mesmo pode ser dito da idade, embora de regra indivíduos de mais de 65 anos não sejam reintegrados em atividade profissional. Frequentemente recebem tratamento preferencial os subválidos de guerra ou guerra-civil.

A reabilitação profissional está nos Países-Baixos nas mãos do Departamento Nacional de Trabalho e os departamentos regionais a êle subordinados, das comunas, do Banco de Seguro Social e da associação voluntária de âmbito nacional "Sociale Zorg voor minderinvaliden A(ctio) V(incit) O(mnia)", assim como das emprêsas.

É função do Departamento Nacional do Trabalho a orientação na escolha da profissão, das instituições de ensino profissional e a agenciação de empregos. Tem-se como diretriz a detecção das qualidades positivas de cada subválido, seu desenvolvimento e seu entrosamento no processo de produção.

A gama das profissões possíveis é determinada por um exame médico e psicológico. Ao lado do resultado destes exames é levada em consideração a experiência prévia do reabilitando e a situação e as previsões do mercado de trabalho. Eventualmente, os reabilitandos podem ser preparados mediante cursos teóricos para o exercício de sua futura profissão, já durante o tratamento médico. É parte essencial da reabilitação profissional a educação ou reeducação profissional, feita em institutos para ensino profissional, de responsabilidade do govêrno central e que se dedicam especialmente às indústrias de construção e metalúrgicas, ou no próprio emprego, com supervisão dos departamentos regionais. Na primeira hipótese é paga uma bonificação em substituição ao salário não recebido. O ensino para subválidos em geral não difere do para indivíduos normais. Quando para o ensino profissional ou para a radicação em emprego definitivo se torna necessária uma mudança de residência, um auxílio financeiro é prestado pelo Estado, sobretudo a pessoas casadas. Cada departamento regional de trabalho tem um funcionário especializado para agenciação de trabalho para subválidos, preparado mediante curso teórico e prática supervisionada. Em oposição à agenciação comum, em que se procura atender sobretudo as requisições das emprêsas, a base da agenciação para subválidos é a capacidade e necessidade individual de emprêgo. O emprego de subválidos é porém também elemento da assistência ao trabalhador, e são preferidas ocupações em que o indivíduo possa produzir normalmente com salário normal, fazendo assim desaparecer as consequências sociais da diminuição de capacidade.

As comunas podem favorecer o trabalho assalariado ou independente de subválidos, contribuindo para o custo de tratamento médico, próteses, transporte, adaptação de máquinas e bonificação em substituição ao salário em períodos de adaptação ou reabilitação médica.

O Banco de Seguro Social tem uma divisão de reabilitação médica em um hospital de Amsterdam e um serviço de agenciação que procura trabalho para indivíduos acidentados no trabalho, que recebem uma pensão. Também pode lhes pagar o custo de uma reeducação profissional.

A associação A.V.O. ajuda, em cooperação com o Departamento Nacional de Trabalho, a encontrar trabalho para os subválidos, especialmente nos casos dificeis. Também ajuda os subválidos a tornar-se trabalhadores autónomos. Finalmente bom número de grandes emprêsas organizou, dentro das próprias emprêsas, serviços de reabilitação para seus operários, em escala bastante ponderável.

O seguimento também é feito em parte pelo Departamento Nacional de Trabalho. Se o subválido é orientado segundo as diretrizes deste Departamento, não apresentará "handicap" no exercício profissional. Estará aprendendo ou exercendo uma profissão em que produzirá 100% de trabalho. Se o ensino e a agenciação de emprego tiverem sido bem sucedidos, ainda é desejável uma supervisão da emprêsa, do ambiente social no emprego, do modo como as máquinas são acionadas e da produtividade do subválido. Habitualmente é feita por mais 6 meses pelo mesmo funcionário a cujo cargo está a procura de emprego para os subválidos.

Os Ministros de Estado para Assuntos Sociais e Saúde, da Educação, da Assistência social, da Guerra e da Marinha organizaram conjuntamente um Conselho de Reabilitação, constituido de funcionários públicos e de particulares. A coordenação dos diversos elementos da reabilitação é presentemente preparada por este Conselho.

Tanto à repartição central do Departamento Nacional de Trabalho como aos departamentos regionais estão anexadas comissões consultivas. Quanto ao trabalho de subválidos, delegam poderes a subcomissões constituidas de técnicos oficiais e não-oficiais e de representantes dos sindicatos de trabalhadores.

Em alguns casos também tem representante associações de subválidos: As organizações de cegos são representadas numa comissão para assistência aos cegos criada pelo Ministro de Assuntos Sociais. O Conselho de Reabilitação tem uma subcomissão consultiva para surdos e moucos, na qual representantes de associações de pessoas de audição deficiente tem assento.

No interêsse da ocupação de subválidos podem ser utilizados os resultados das pesquisas realizadas pelo Departamento Nacional de Trabalho. Nesta conexão deve ser mencionada uma classificação de empregos por afinidade.

Serviços de reabilitação médica e ocupacional cooperam. A reabilitação ocupacional começa tão cedo quanto possível, ainda enquanto é dada assistencia médica. Procura-se preparar já durante o período de reabilitação médica aqueles, cuja inabilitação exige uma mudança de profissão, para o exercício da nova profissão que deverão abraçar depois de sua alta. Os portadores de moléstias profissionais ou de sequelas de acidentes profissionais, por lei segurados contra acidentes no trabalho, obtem tais serviços sob os auspícios do Banco de Seguro Social. Funcionários dos departamentos regionais de trabalho visitam regularmente Sanatórios e centros de reabilitação, para preparar a reeducação dos doentes para sua futura profissão. Também está anexado ao Departamento Nacional de Trabalho uma divisão de medicina do trabalho, no especial interêsse de uma adequada utilização do trabalho de subválidos. Tem 6 médicos especializados em medician do trabalho, que — cada qual em seu distrito — fazem os exames médico-industriais dos candidatos a trabalho. O chefe desta divisão tem contactos com os chefes das instituições de reabilitação e de reconvalescença em que se acham os doentes que necessitam mudar de profissão quando restabelecidos.

Em todos os assuntos as repartições atingidas cooperam mutúamente.

A seguir trataremos do trabalho protegido, isto é do trabalho de subválidos com salário inferior ao normal.

Até 1950 o trabalho protegido de subválidos se restringia nos Países-Baixos a pequeno número de locais, mantidos por organizações particulares ou comunas, muitas vezes com grandes sacrifícios financeiros. Uma das organizações particulares é a já mencionada A.V.O. Frequentemente as comunas subsidiavam as oficinas particulares. Em algumas comunas maiores subválidos de algumas categorias (p. ex. cegos) eram assim empregados quase em sua totalidade. Para a grande maioria dos subválidos não existia entretanto possibilidade de utilizar a capacidade de trabalho residual.

Desde a introdução da regulamentação para agenciação social de empregos para trabalhadores manuais, a cargo das comunas sob supervisão do Ministério de Assuntos Sociais, em 1949, ocorreu grande progresso:

Se os projetos de trabalho antes eram quase exclusivamente objetos ao ar livre, desde 1953 as comunas passaram a ocupar indivíduos sem trabalho, que não encontravam emprego no processo normal de trabalho, em locais "protegidos" preexistentes, obtendo para tanto a cooperação da direção de tais locais. Foi constatado então que os subválidos antigos, que já trabalhavam há mais tempo nestes locais, tinham produção pelo menos igual aos recemvindos, geralmente menos deficientes. Em consequencia, um número crescente de subválidos foi encampado por esta regulamentação. Obtinham desta forma um salário mais alto e a vantagem adicional de ser agora aceitos no seguro social (com exceção do seguro contra desemprego). Para as comunas e sociedades particulares que mantinham estes locais os encargos financeiros se tornaram muito mais leves, pois desde 1954 o Ministério devolvia 90 ou 95% dos salários pagos aos subválidos e 50% dos vencimentos dos administradores. Também organizações provinciais se tornaram ativas ultimamente e contam com subsídios das administrações provinciais.

Desta maneira foram criados em tôda a parte locais de trabalho para pessoas que podem trabalhar regularmente, mas não podem, ainda não podem ou já não podem encontrar lugar em processo normal de trabalho em consequencia de deficiencia física ou psíquica, idade, caráter, etc. Estes locais são presentemente denominados "locais sociais de trabalho". Há na Holanda cerca de 140 e seu número continua a crescer.

Além disto ainda hoje um número relativamente grande de trabalhadores manuais com deficiencias geralmente menores é empregado em objetivos ao ar livre. A regulamentação também atinge pequeno número de subválidos ocupados em trabalho feito a domicílio.

Também para inteletuais e empregados de escritório com deficiencias há uma regulamentação ministerial que lhes permite trabalho "protegido".

Sôbre a aceitação de um indivíduo a administração comunal decide, aconselhada por uma comissão local em que são representadas as representações profissionais reconhecidas. A decisão depende principalmente da capacidade de trabalho, que deve ser ponderável. Isto torna possível que em local social de trabalho encontre ocupação também pequeno número de pessoas não compreendidas na regulamentação. Em muitos casos é consultado um médico antes da aceitação, e se necessário é feito um reexame mais tarde. Frequentemente um médico tem assento na direção de tais locais.

Dentro destas regulamentações trabalham ao todo umas 8.000 pessoas subválidas, e mais umas 1.500 fazem algum trabalho produtivo em ambiente "protegido" fora das regulamentações. Assim, estão organizados atualmente na Holanda empregos protegidos para quase 10.000 pessoas.

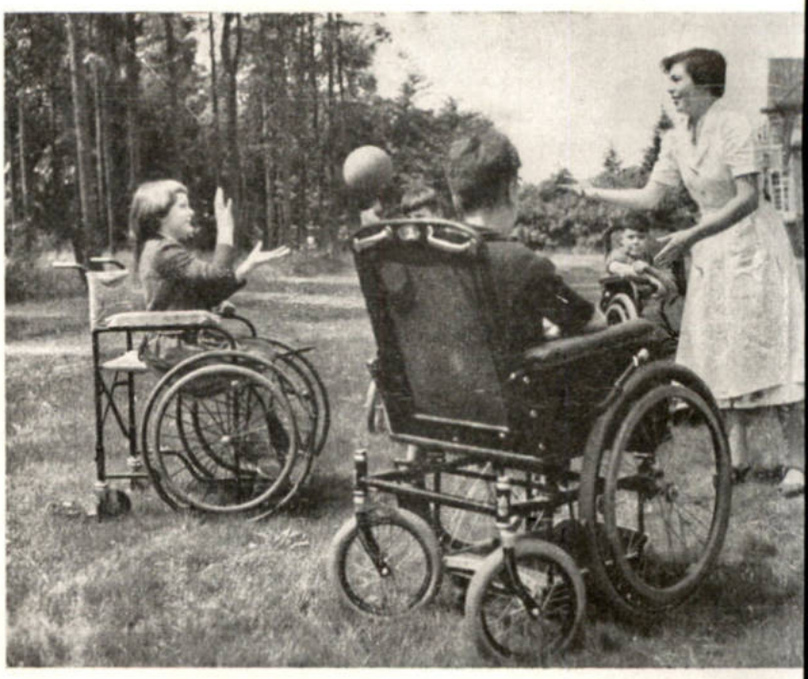
A assistência social de trabalho desenvolve também esforços para — ao lado de encontrar empregos com trabalho produtivo e suficientemente pago — aumentar a habilidade de trabalho, quer criando o hábito de trabalhar regularmente, quer exercitando funções elementares. Em consequência disto e do estreito contato com o Departamento de trabalho regularmente

um bom número de pessoas consegue — depois de passar tempo variável na assistência social do trabalho — passar-se para o mercado normal de trabalho: Segundo colheita de amostra este número ascende a 40% dentro de um ano. Alguns indivíduos recebem um treinamento especial antes de serem integrados em trabalho não protegido.
As regulamentações fixam os salários em ambiente "protegido" em nível que permite ao trabalhador viver razoavelmente com sua família, embora sejam inferiores ao salário em emprego livvre. Em casos especiais pode ser concedida individualmente uma bonificação adicional. Os subválidos não compreendidos pelas regulamentações recebem salários muito variáveis, geralmente baixos, em emprego protegido. Mas também aqui se aplicam em princípio os benefícios do seguro social com exceção do seguro-desemprego.

Há em diversas comunas do país escolas em que crianças retardadas física ou psiquicamente recebem ensino elementar: São de iniciativa comunal ou particular e recebem subsídios governamentais. O departamento nacional de trabalho cuida também em dar emprego a estas pessoas. Além disto a assistencia social oficial e o departamento de saúde cuidam suficientemente destas crianças.

Como é desejavel tornar conhecidos os sucessos na reabilitação ocupacional de subválidos, é lhes dado publicidade entre os empregadores. Havendo grande procura de trabalhadores na atual conjuntura, foi possível entrosar numerosos subválidos na vida profissional e melhorar por outro lado a atitude dos empregadores para com êles, de maneira considerável.

A reabilitação profissional, da qual falamos, é sòmente um aspecto da reabilitação total. Especialmente o entrosamento da assistência social na agenciação de trabalho pode conduzir à integração social total dos subválidos. Junto com ela há um exame das circunstâncias pessoais e familiares e é dada ao subválido toda a assistência social de que necessita; procura-se com grande empenho remover tanto quanto possível os obstáculos que se antepõe à adaptação satisfatoria ao seu trabalho. Procura-se tambem adaptar mutuamente o subválido e o seu ambiente familiar e de trabalho.
Depende essencialmente desta integração, se êle se poderá impor permanentemente na sociedade e no trabalho. Os órgãos de assistencia social tem a exercer um papel especial neste contexto.
Não pretendo dizer que a reabilitação é um problema resolvido na Holanda. Trata-se de um país com 11.000.000 de habitantes, e 3.500 km² de superficie.
Falta um registro de subválidos. Seu número é estimado em 250.000 a 400.000, incluidas cerca de 100.000 pessoas com capacidade de trabalho reduzida, mas não extinta, por efeito da velhice. Não há pois ainda possibilidade de avaliar precisamente as necessidades de reabilitação no país.
O Conselho de Reabilitação mencionado prepara a coordenação, mas encontra dificuldade no fato de que as coisas continuam evoluindo e que novas iniciativas perifericas vão surgindo para satisfazer necessidades locais. O Conselho as aplaude e julga que uma organização muito rigida retardaria o progresso neste campo. Dá, após discussão com os órgans interessados, diretrizes que deixam liberdade à iniciativa particular. Além disto existem agora em quase tôdas 11 províncias do país Seções de Reabilitação, mas não há uniformidade de vistas quanto à organização que devem ter e como deverão agir. Pois na reabilitação organizações particulares, como p. ex. as "Sociedades da Cruz", tem papel importante: empregam p. ex. enfermeiras para visitas domiciliares. O Conselho deve pois discutir com as Seções de Reabilitação, as "Sociedades da Cruz" e outras Fundações uma maneira de agir coordenada. As associações particulares também recebem informações do Conselho quanto aos métodos para esclarecer o grande público, os médicos, enfermeiras domicilia-



**Figuras: Atividades no Centro "De Hoogstraat".**

res, assistentes sociais, etc., obviando ao deficiente conhecimento das facilidades existentes no país.

O Conselho também tem sua atenção voltada para o problema do financiamento, com cooperação do seguro social e do seguro-tratamento-médico. Assim, no Centro de Reabilitação "De Hoogstraat" em Leersum, província de Utrecht, que tem 150 leitos para casos mais difíceis, 36% dos pacientes-dias foram pagos em 1955 pelas Caixas de Seguro para Tratamento Médico, pois são obrigadas por lei a arcar com as despesas para manutenção no hospital por 70 dias, e além disto assumem frequentemente compromissos adicionais a título de seguro voluntário.

Depois da guerra também as instituições para internamento de doentes mentais passaram a se interessar pela reabilitação. O Conselho de Reabilitação está examinando atualmente que assistencia é necessária realmente para este tipo de subválidos: Está ainda na fase de planejamento. Assim, parece que não vale a pena referir mais a respeito.

## CENTRO DE REABILITAÇÃO "DE HOOGSTRAAT" LEERSUM

Reabilitação, como é compreendido no centro de reabilitação "de Hoogstraat", inaugurado em 1954, consiste na aplicação de todos meios terapêuticos que possam contribuir para o retorno de pessoas mais ou menos severamente incapacitadas, ou a uma atividade normal ou pelo menos à maior aproximação possível para a atividade normal, desde que os recursos simples usualmente empregados sejam ineficazes ou exigiriam um tempo de restabelecimento muito mais longo.

Entendem-se por recursos simples 1) sòmente uma operação, 2) sòmente fisioterapia bi- ou trisemanal, 3) sòmente retreinamento vocacional.

Sempre, no centro, procuramos definir desde os primeiros contactos com o paciente o propósito de torná-lo independente e capaz de (re)ocupar seu lugar na comunidade. A forma em que isto é conseguido naturalmente poderá ser diferente da inicialmente mirada. Durante o primeiro exame é feito não sòmente uma anamnese e diagnóstico médico, mas também anamnese e diagnóstico funcional. Certamente o ambiente social do paciente é importante. A cooperação ativa do paciente é condição indispensável para um internamento, feito quando os recursos comuns em ambulatório não poderiam resolver a situação em tempo razoavel.

Examinam-se as possibilidades sociais; às vezes tentamos colocar o paciente em outro ambiente, ou procuramos convencer os parentes ou o empregador a cooperar. Problemas de treinamento ou de transporte para o local do trabalho deverão ser resolvidos.

Quase sempre exercícios intensivos formam parte importante do tratamento. São exercícios claramente definidos feitos sob orientação ou com ajuda de fisioterapistas qualificados em ginástica terapêutica. Também a hidroterapia forma parte importante do tratamento. Os pacientes, se necessário, fazem exercícios em todos os tipos de banhos. Se for de utilidade, aplicam-se também massagem, movimentos passivos, radiações de todos os tipos. Os exercícios são feitos no leito — salvo contraindicação — quando o doente deve ficar acamado, como acontece logo após uma operação ou por moléstia intercorrente.

Mais importante ainda é a terapêutica ocupacional. Implica em achar para o paciente um trabalho que, a par de tirocínio, dextreza e atenção, exija o uso intensivo das funções que desejamos incrementar. A atividade deve pois ter como fim, não o exercício em si, mas a manufatura de um objeto, dando ao paciente a satisfação de estar executando um trabalho útil e com isto estimulando-o a manter-se em atividade mais intensa e mais prolongada. Também é importante que este trabalho não treine sòmente um músculo isolado, mas uma função mais complexa, o que resulta em reabilitação melhor do que quando funções isoladas são exercitadas uma a uma.

Também deve haver transição gradual da terapêutica ocupacional para treinamento vocacional. A alegria de trabalhar também deve ser usada para dar ao doente novo interêsse em sua vida. Por varias razões fazemos distinção entre tratamento ocupacional e recreacional. Este último é orientado pelas assistentes sociais da Cruz Vermelha Holandesa. Dá ao paciente a oportunidade de praticar a atividade que mais lhe agrade, dando-lhe possibilidade de um relaxamento em atividade, com expressão de si mesmo e contacto normal com outros pacientes.

Ocorre repetidamente que durante o tratamento se torna necessária uma operação para remover obstáculos ao progresso ou abrir novas possibilidades. Em geral são operações ortopédicas, mas ocasionalmente fazemos operações plásticas e excepcionalmente cirurgia geral ou urológica. E' também importante o uso de ataduras gessadas para corrigir contraturas.

Na reabilitação de crianças, atende-se devidamente à sua educação. Temos por enquanto um professor que foi nosso paciente, com uma lesão transversa incompleta, e uma professora oficial. Por fim, deixamos algum tempo para estudos individuais, p. ex. estágios nos diversos departamentos do hospital: lavanderia, limpesa, manutenção, escritório. Quando o tempo o permite, organizam-se jogos ao ar livre para adultos e crianças, se necessário em cadeiras de rodas. Durante o ano todo, há ginástica para quase todos pacientes.

Quaisquer medidas imaginaveis, que sejam possíveis e capazes de contribuir para a reabilitação do paciente, são aplicadas. Assim, facilitou-se a um paciente uma visita semanal a seu açougue para prestar ajuda; era portador de uma hemiparesia cerebral traumática. Um outro tem aulas de direção em um automóvel com controles manuais; etc.

Há uma oficina ortopédica em que são empregados operários qualificados na medida das necessidades.

Para tornar o tratamento tão eficiente quanto possível, cada paciente tem fixado um programa diário de atividades, distribuido a êle e aos técnicos que dele cuidam. Nem todos pacientes exigem enfermagem contínua, embora necessitem de tratamento durante todo o dia. Em vista disto equipamos alguns "leitos de pensionato" para pacientes capazes de cuidar de si sem enfermagem, mas seguem um programa terapêutico prefixado durante o dia inteiro. Também os mais severamente incapacitados são encorajados a cuidar de si na medida do possível: dirigir-se por si aos departamentos terapêuticos e ao refeitório, etc.

O corpo médico residente consiste do diretor médico, um clínico geral, um reumatologista e um cirurgião ortopedista; outros especialistas, como anestesista, cirurgião plástico, etc. comparecem na medida das necessidades.

Há ainda uma enfermeira-chefe, 41 enfermeiras diplomadas, 40 enfermeiras auxiliares, 11 fisioterapêutas qualificadas para ginastoterapia, 3 ergoterapêutas assistidos por um carpinteiro, 3 assistentes que cuidam da terapêutica recreacional, 2 assistentes sociais, 2 professores, um farmacêutico auxiliar, um laboratorista, um assistente de raios X.

O número de pacientes varia de 130 a 150; presentemente há 10 amputados, 22 poliomieliticos, 25 reumaticos, 32 com lesões transversas, 47 outros com sequelas de hemiplegia, trauma, ataxia, encefalite, diplegia cerebral espástica, etc., isto é 136 ao todo. Estão ocupados 25 "leitos de pensionato". 24 pacientes são menores com menos de 16 anos de idade. Temos uma "lista de espera" de 75 pacientes já admitidos em tese, esperando leito desocupado.

A iniciativa de encaminhamento ao Centro parte do médico de família do doente, do especialista que fez o tratamento especializado sem poder vencer os distúrbios funcionais residuais, ou mesmo do próprio paciente por indicação de amigos ou leitura de notícias em jornais.

Depois da alta, frequentemente é necessário um seguimento cuidadoso para prevenir que influências deletérias, em especial sociais, desfaçam a adaptação conseguida, quando um restabelecimento funcional completo não pode ser obtido.

# Associação de Assistência à Criança Defeituosa

Durante a instalação da assembléia geral da Associação de Assistencia à Criança Defeituosa, o dr. Renato da Costa Bomfim apresentou interessante relatório que merece ampla divulgação. Inicialmente, relembrou as palavras de Nelson Rockefeller, subsecretário da Saúde, Educação e Bem-Estar Social do govêrno norte-americano, ao presidir cerimonia semelhante da Associação Nacional para Crianças e Adultos Aleijados. Disse o conhecido homem público:

"A Nação está no limiar de uma nova era — a era da reabilitação, uma era sem precedentes na história da cooperação entre as Instituições públicas e particulares. E' igualmente uma era sem paralelo na luta que o homem trava contra as incapacidades".

No decorrer de seu discurso, Nelson Rockefeller acentuou alguns princípios fundamentais, que não se devem perder de vista ao nortear os programas de reabilitação:

1 — "A reabilitação deve estar solidamente construída sôbre o princípio de que o aleijado é antes de tudo uma criatura humana e sòmente em segundo plano um incapacitado.

2 — Os programas de reabilitação devem encarar sempre primeiramente as capacidades restantes e secundariamente as incapacidades.

3 — Os serviços de reabilitação precisam dar maior entase às necessidades espirituais e emocionais do indivíduo incapacitado.

4 — Os especialistas integrantes dos grupos de reabilitação que cuidam do aleijado precisam aproximar-se para estabelecer entre si a mais íntima cooperação no tratamento".

Concluindo, afirmou Nelson Rockefeller: "E' no triunfo corajoso de homens, mulheres e crianças que vencem pelo seu estorço espiritual, físico e econômico a luta contra a incapacidade, e também no devotamento dos profissionais e voluntários que vamos encontrar a verdadeira força que torna possivel realizar os maiores progressos na reabilitação".

Prosseguindo em sua exposição, declarou ainda o dr. Renato da Costa Bomfim:

Seria desnecessario e quase acaciano insistir no papel decisivo que representa a valorização do fator humano neste cenário, porém, não é demais repetir que uma das causas mais profundas do problema é de ordem educacional, isto é, prende-se à tremenda carência de tecnicos e individuos adestrados nos varios ramos de atividade profissional. Precisamos, portanto, não só defender a todo custo o elemento humano através das medidas de saneamento e higiene, porem, paralelamente como sentido pratico e visando objetivo mais proximo, restabelecer fisicamente e readaptar e reaproveitar e reconduzir a vida social ativa dezenas de milhares de crianças e adultos incapacitados pelas doenças e acidentes, inclusive aqueles que se acham apenas psiquicamente incapacitados ou desajustados no meio social. Aproveitar também os indivíduos que por incompreensão própria ou de suas famílias capitalizam os seus defeitos ou falsas incapacidades, pesando à sociedade. Tôda esta legião de indivíduso incapazes que atinge a cifra de centenas de milhares está à margem das fôrças vivas da Nação, esquecida ou pelo menos inaproveitada pela comunidade onde vive e onde passa a constituir um grupo social inexpressivo e inoperante que vai exaurindo irremediavelmente através de benefícios e aposentadorias vitalícios, os cofres da Nação já quase esgotados por outros motivos de ordem financeira que não nos cabe comentar.

Tudo isso em grande parte porque ainda são praticamente inexistentes entre nós os métodos modernos de reabilitação ou porque ainda não passamos a aplicá-los em larga escala não obstante já tenham sido experimentados em outros países com excelentes resultados. Tais métodos permitem restituir ao trabalho o indivíduo incapacitado, restabelecer nele a confiança em si próprio, o que equivale a dar-lhe um pouco de felicidade e a satisfação intensa que decorre de sentir-se de novo independente, digno de seus companheiros e não precisar viver de expedientes ou da caridade pública.

Ao examinar o amplo panorama dos atingidos por várias causas traumaticas, verifica-se que as estatísticas nos Estados Unidos são concludentes. Durante 4 anos de guerra, enquanto se procediam 20.500 amputações em combatentes e se registravam 1.500 casos de cegueira por ferimentos em combate, verificavam-se 120.000 amputações graves entre adultos e crianças atingidas por acidente diversos e 60.000 pessoas ficarão cegas em consequencia de moléstias e acidente da vida civil. Terminou declarando:

Afinal o que decorre de tôdas estas considerações é a extrema importância deste novo setor da medicina — a Reabilitação — considerada por alguns como uma fase científica e nova fase da medicina" que na expressão pitoresca de Howard Rusk "conduz o doente da cama para o trabalho". Como vemos é uma nova concepção do tratamento das doenças de finalidade essencialmente dinamica, visando não sòmente a cura física da moléstia ou do defeito, porém que considera acima de tudo a recuperação funcional do paciente e ainda mesmo quando a cura é incompleta visa principalmente a reintegração social, profissional e economica do incapacitado como uma fôrça atuante na comunidade onde êle vive e trabalha.

Referindo-se às atividades da AACD informou o seu vice-presidente:

a) O nosso quadro social cresceu ràpidamente. Do pequeno nucleo de fundadores que eramos em 1951 já atingimos a cifra de 440 sócios. Atualmente contamos com 1.436 associados.

b) Fundamos 2 escolas para crianças defeituosas onde atendemos atualmente crianças sob regime de internato e externato, incluindo-se aí as aulas de orientação para os pais. Uma destas unidades escolares, o Centro para Espásticos ou Paraplegias Cerebrais é a primeira unidade neste genero que se criou em nosso País.

c) Estão matriculadas em nossa Associação 548 crianças que são acompanhadas pelo nosso Serviço Social, o qual procura auxiliá-las visando o seu reajustamento junto à família, encaminhá-las para as escolas e centro de tratamento, bem como na obtenção de empregos.

d) Promovemos uma intensiva campanha de divulgação,mostrando através da imprensa, do rádio, e da televisão como é possível reintegrar no convivio social milhares de crianças aleijadas, tornando-as úteis e felizes.

e) Participamos e cooperamos em alguns congressos médicos:

f) Fornecemos numerosos aparelhos ortopédicos às crianças mais pobres.

g) Estamos filiados ao mais famoso e conceituado organismo internacional que se consagra aos problemas de Reabilitação de Inválidos, a International Society for the Welfare of Cripples", com sede em Nova York. A "International Society" congrega atualmente sociedades oficialmente a ela filiadas em trinta países e também assiste e apoia em mais outros 50 países, várias iniciativas que visam o bem-estar e a reabilitação de incapacitados e inválidos do aparelho locomotor. No Brasil, somos nós, a A.A.C.D., que representamos oficialmente este organismo internacional e dele recebemos cooperação extremamente útil.

O dr. Renato da Costa Bomfim ainda se referiu aos planos, já terminados, para a construção de nova unidade, cujo projeto arquitetonico foi confiado aos engenheiros Vilares Barboza e Oswaldo Bratcke, aguardando-se apenas que o prefeito municipal complemente a cessão, em regime de comodato, de um terreno apropriado. Insistiu em declarar, que a A. A. C. D. tem recebido decidido apoio do governo do Estado, pois a Secretaria da Educação se apressou em comissionar as professoras necessarias para as duas escolas da entidade.

A assembleia geral então, após aprovar o orçamento para o proximo exercicio, votou um agradecimento muito especial aos srs. Job Lane Junior, Renato da Costa Bomfim, Luiz Carlos Vilares Barboza, Renato de Toledo e Silva e João Batista Figueiredo, pelo desvelo e competencia com que vem dirigindo a Associação.

Finalmente, procedida a eleição estatutária para renovação do terço do Conselho Administrativo, foram eleitos os seguintes membros: D. Dorothy Weldie, sr. Felix Kovarik, sr. Fernando Lee, dr. Jairo Ramos, dr. José de Alcantara Machado, dr. José Maria Whitaker, dr. Luiz Rodrigues Alves, D. Maria Luisa Amaral Machado de Carvalho, dr. Pedro de Alcantara, dr. Pedro Morais e Silva e D. Rita Cassia Revoredo.

# O PRIMEIRO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO HOSPITALAR DA SUÉCIA

Projeto dos arqs.
**Folke Löfström**
**Carl-Evin Sandberg**

Consultores para reabilitação:
B. Akerblad
A. Myrgard

Outros membros do comité de programação:
Gustav Berg, Pres.
B. Bager
U. Hallenborg
G. F. Lundgren
L. Franzon
G. Ljungqvist

O primeiro plano para este hospital regional, que deve atender a uma área com cerca de 250.000 habitantes, foi traçado em 1946.

O plano definitivo, de 1956, incorpora outros departamentos e seções ainda, que o rápido desenvolvimento das técnicas médicas veiu tornar desejáveis nesse decénio: Seção pós-operatória, clínica ortopédica, seção de admissão, central de doação de sangue, "hall" central, central de transportes, central de leitos, biblioteca e salas de preleções, lugares adicionais na clínica médica e clínica cirúrgica em vista do crescimento da população, e uma ampliação dos laboratórios clínico-fisiológicos para 1500 m2.

O departamento de ortopedia foi ampliado para 60 leitos, tamanho considerado o mínimo que permite trabalho efetivo na especialidade, pelos peritos ortopedistas, e o necessário para a população coberta. Prevê-se que 30 leitos serão ocupados por homens, 20 por mulheres e 10 por crianças.
Foi muito discutido o problema do centro de reabilitação, e finalmente aceito que contaria no mínimo com 50 leitos, enquanto mais 50 leitos poderiam ser-lhe adjudicados ou mantidos em enfermarias de clínica médica: casos de reumatologia, geriatria, moléstias crónicas. A decisão de incluir no hospital uma clínica de reabilitação contribuiu para a necessidade de ampliar o laboratório fisiológico. Os locais para tratamento (plantas anexas) da clínica de reabilitação perfazem cerca de 2400 m2, incluindo ambulatório, devendo atender a mais ou menos 300 tratamentos por dia, provenientes quer de todas enfermarias do hospital, quer do ambulatório.

O espaço necessário para o ambulatório foi calculado em 450 m2 aproximadamente.

Calcula-se que para a clínica de reabilitação, o ambulatório e o departamento fisiurgico haverá 1 médico chefe, 1 médico adjunto, 2 médicos assistentes, 1 ginastoterapista chefe, 8 ginastoterapistas, 1 esgoterapista chefe, 6 ergoterapistas, 2 psicólogos vocacionais, 1 pisicólogo clínico, 2 enfermeiras, 4 atendentes femininos e 2 masculinos para banhos, ocupados especificamente em tarefas de reabilitação.

A equipe inclue um médico sanitarista, especializado em higiêne do trabalho, que tem seu escritório no departamento e faz a cobertura regional (inspecções de fábricas etc.), partindo daí.

A longo termo prevê-se a conveniência da construção de uma "casa de pensionistas" para doentes passíveis de tratamento em ambulatório, mas que residem a distância excessiva. A mesma poderá também servir a parentes nas mesmas condições que desejam ficar perto de seu doente em períodos críticos.

A prevenção de neuroses tem capital importância nas atividades de reabilitação, como também a consideração de neuroses preexistentes. Psicólogos e psiquiatras devem ser por isto disponiveis.

Para muitos enfermos é ainda utilíssimo que possam se recolher em meditação religiosa ou conversar com um sacerdote no local. Foi por isto reservado lugar para construção de uma capela.

O laboratório fisiológico deve ser equipado com todas facilidades para exames funcionais de órgans. Os enfermos devem ser testados precocemente quanto à capacidade física de realizar seu trabalho anterior, com vistas à eventual escolha — também precoce — de uma atividade substitutiva, temporária ou permanente. Também as encefalografias serão feitas aqui. A necessidade de fazer o exame de doentes, em parte acamados, dentro do laboratório exige que o espaço seja amplo (ca. 500 m2).

"HOSPITAL DE HOJE" É A SUA REVISTA PRONTA PARA VEICULAR A SUA EXPERIÊNCIA

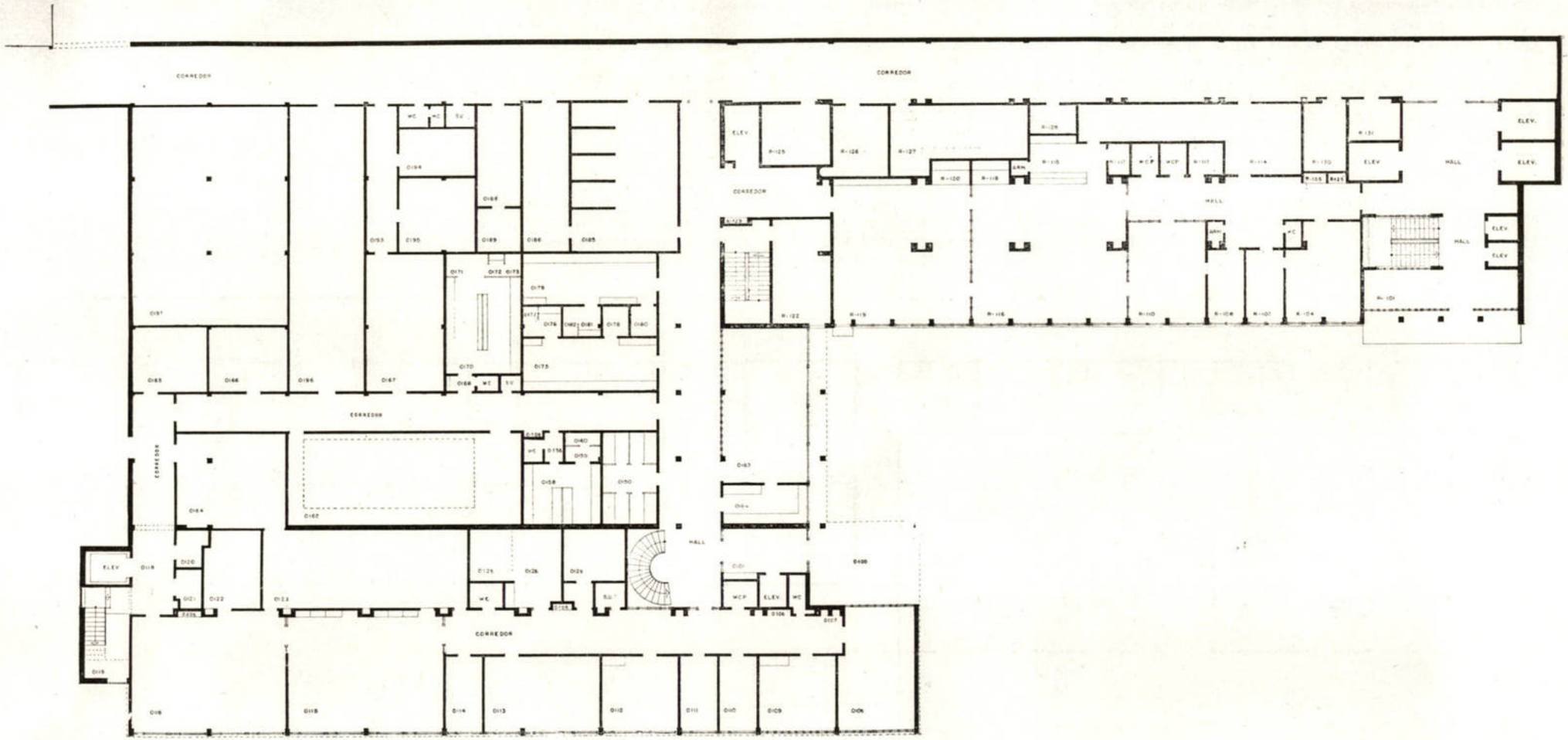



Figura 1 —

Elev = Elevador, U.S. = Subutilidade, WC = Sanitário, WCP = Sanitário para paciente, 0-100 Marquise, 0-101 Entrada, 0-106 Centro elétrico, 0-107 Telefone, 0-108 Sala de aula, 0-109 Pessoal, 0-110 Psicotécnica, 0-111 Instrutor chefe 0-112 Adaptação de bandagens, 0-113 Oficina elétrica, 0-114 Instrutor, 0-115 Mecanica, 0-116 Trabalhos em madeira, 0-118 Corredor, 0-119 Passagem, 0-120 Asseio, 0-121 Serra circular, 0-122 Tratamento de superfícies, 0-123 Armazenagem, 0-125 Solda autogena, 0-126 Ferraria, 0-129 Fotografia, 0-150 Repouso, 0-156 Pasasgem, 0-158 Vestiário do pessoal masculino, 0-159 Lavabo, 0-160 Chuveiro, 0162 Aparelhos, 0-164 Depósito de madeira, 0-165 Ventiladores, 0-166, 0-167 Depósito, 0-168 Passagem, 0-170 Vestiário do pessoal feminino, 0-171 Lavatório, 0-172 Troca de roupa, 0-173 Chuveiro, 0-175 Vestiário dos pacientes masculinos, 0-176 Troca de roupa e 0-177 Chuveiro, 0-178 W.C., 0-179 Vestiário das pacientes femininas, 0-180 W.C., 0-181 Troca de roupa e 0-182 Chuveiro, 0-185 Alta tensão, 0-186 Baixa tensão, 0-188 Central de radiofusão, 0-189 Baterias, 0-193 Passagem, 0-194 Arquivo, 0-195 Oficina, 0-196 Depósito de material terapeutico, 0-197 Depósito central.

R-101 Hall de entrada, R-104 e R-107 Pré-aquecimento dos pacientes externos, R-105 Central elétrica, R-108 Chefe, R-110 Ergoterapista, R-113 Utilidade, R-114, R-115 Depósito, R-116, R-119 Area para ergoterapia, R-117 Cerâmica, R-118, R-120 Trabalhos com água, R-122 Ventiladores, R-123 Central elétrica, R-125 Correio pneumático, R-126 Roupa suja, R-127 Compressores, R-130 Bombas, R-131 Limpesa,

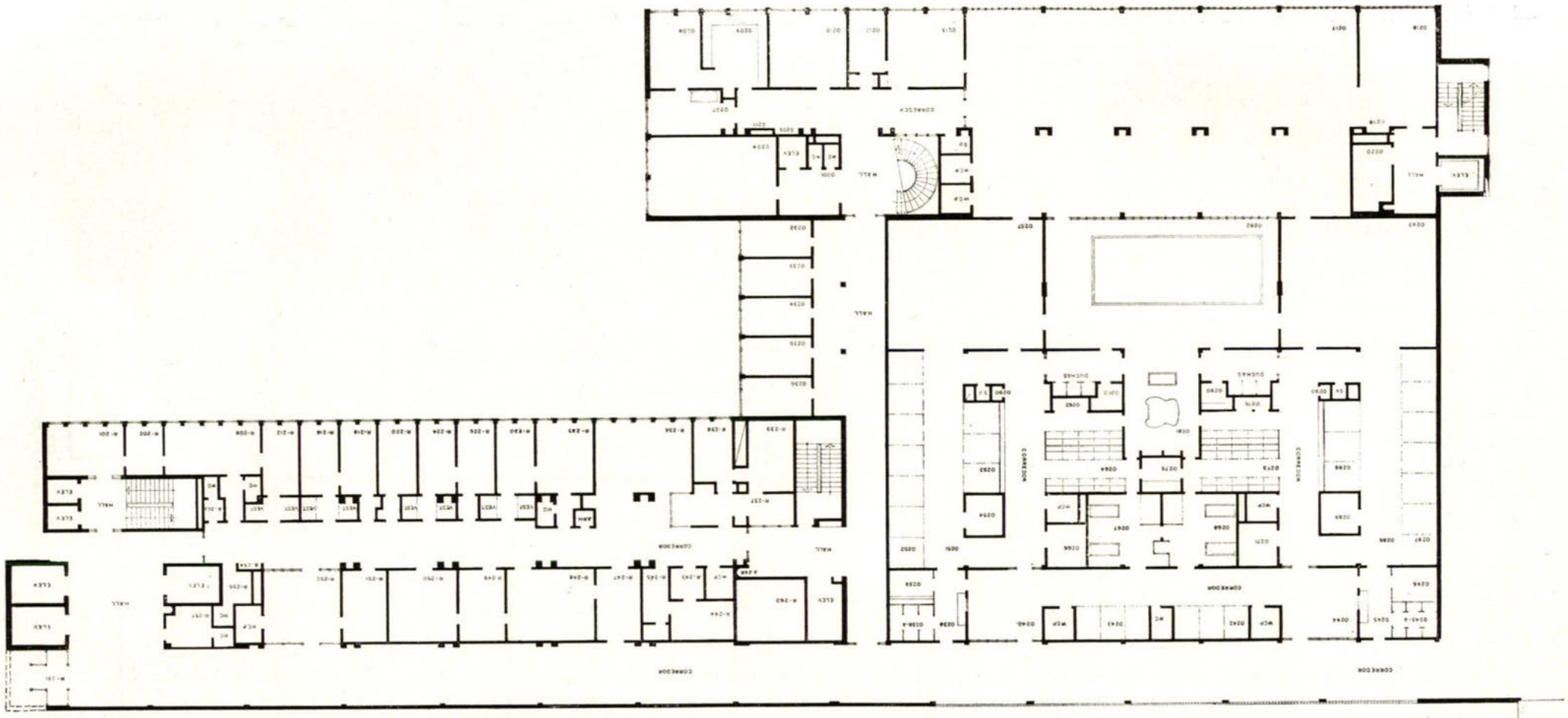


Figura 2

0-201 Antecamara, 0-204 Conferências, R-206 Centro elétrico, 0-207 Banho para inválidos, 0-208 Sala de estar, 0-209 Cozinha para inválidos, 0-210 Escrever e desenhar, 0-211 Telefone, 0-212 Chefe, 0-213 Ginásticas terapêuticos, 0-217 Ginástica em grupo, 0-218 Aparelhos, 0-219 Centro elétrico, 0-220 Ventiladores, 0-232 Psicólogo, 0-233 Enfermeira, 0-234 Reserva, 0-235 Assistente social, 0-236 Idem, 0-238 Expedição, 0-238A Guarda-roupa, 0-239 Aparelhos, 0-240 Sala de espera, 0-242, 0-243 Cabines de espera, 0-244 Sala de espera, 0-245 Expedição, 0-245A Guarda-roupa, 0-246 Aparelhos, 0-251 Salão de tratamento, 0 252, 0-253 Cabines de tratamento, 0-254 Tratamento, 0-260 Banho a vapor (finlandês), 0-262 Secagem, 0-264 Troca de roupa 0-266 Troca de maca, 0-267, 0-268 Banhos medicinais, 0-271 Troca de maca, 0 273 Troca de roupa (vestiário), 0-275 Escovação, 0-276 Secagem, 0-280 Banho a vapor, 0-281 Hidroginástica individual 0-282 Piscina para ginástica aquática coletiva, 0-283 Ginástica individual, 0-286 Salão de tratamento, 0-287 e 0-288 Cabines de tratamento, 0-289 Tratamento, 0-290 Roupa suja,

R-201 Reserva, R-202 Secretária, R-203 Pessoal, R-208 Médico-chefe, R-212, R-216 Sala de exame, R-218 Médico-assistente, R-220 Assistente social, R-224 Sala de exame, R-226 Médico-assistente, R-230 Sala de exame, R-233 Médico-assistente, R-236 Sala de espera, R-237 Posto de enfermagem, R-238 Secretaria, R-239 Arquivo médico da seção, R-240 Chute de roupa e telefone, R-243 Utilidade, R-244 Laboratório de rotina, R-245 Colheitas de laboratório, R-247 Sala de exame ou repouso, R-248 Tratamento, R-249 Material esteril, R-251 Sala de trabalhos, R-252 Sala de espera para camas, R-245 Centro elétrico Colheita, R-257 Pessoal, R-261 Entrada.

DR. ARTHUR HENRIQUE ENNES DE ALMEIDA (*)
DR. JOSÉ ANTÔNIO NUNES DE MIRANDA (**)

# Reabilitação e altas contra conselho médico no conjunto sanatorial de Curicica

Quando da elaboração do trabalho "Pesquisas sôbre causas mais freqüentes de altas a pedido nos Sanatórios de Tuberculose" (Revista do Serviço Nacional de Tuberculose, Vo. II, n.º 8, 4.º trimestre de 1958), referimo-nos à criação do Centro de Reabilitação como uma das medidas por nós adotadas na tentativa de dar uma solução àquele problema.

Julgamos que a ociosidade a que ficam expostos os portadores de doenças crônicas, condenados a tratamentos mais ou menos longos nos hospitais especializados é, indubitavelmente, uma das razões primordiais de desajustamento, induzindo o paciente ao abandono do Sanatório ou à prática de atos que o incompatibilisem com a sua permanência no mesmo.

Hermann Simon, melhor do qne nós, no seu "Tratamento ocupacional de los enfermos mentales", editado em 1937, dizia:

"Com a permanência no leito o negativismo pode adquirir as formas mais desagradáveis e tenazes. Além disso, acarreta fatalmente a diminuição e, mais tarde, a abolição da atividade mental, a demência. Inclusive no indivíduo mentalmente sadio, obrigado a permanecer acamado algumas semanas por qualquer afecção que não debilite o organismo (uma fratura de perna, por exemplo), observa-se que decai física e mentalmente, que se faz menos capaz não recobrando o vigor psíquico anterior, até alguns dias após reassumir o trabalho.

Imaginemos, agora, que esta permanência na cama, sem ocupação alguma, se prolongue durante meses, anos, décadas. Eu creio que esse indivíduo se embruteceria e se converteria em um ser mentalmente inválido".

Mais adiante, diz:

"A vida é atividade! Este princípio rege tanto a vida corporal quanto a mental. As forças que não são empregadas, diminuem e desaparecem. A agilidade mental, da qual depende todo o rendimento, só se conserva à força de ocupação.

Quando esta falta, a capacidade existente em estado potencial se exteriorisa em um sentido anormal. Um psiquiatra experimentado expressou isso, dizendo: "O homem nunca permanece sem fazer alguma coisa; se não faz algo útil, faz algo inútil".

(Poderíamos ajuntar: pelo menos pensa algo inútil e anormal). Uma ocupação produtiva engendra satisfação e repouso interno e externo; sua ausência produz mal humor e enfado, irritabilidade, sentimentos que determinam frequentes conflitos com o ambiente, brigas, verborréa, tendência à injúria, etc.".

O levantamento da forma de altas concedidas aos internados do Conjunto Sanatorial de Curicica no período compreendido entre julho de 1957 e dezembro de 1958 informam-nos que dentre os 876 pacientes que tiveram alta no referido período, sem haverem frequentado o Centro de Reabilitação durante sua permanência no Sanatório, 286 (24%) sairam "a conselho médico", enquanto que 590 (76%) o fizeram "contra conselho médico". Sob a rubrica de "altas contra conselho médico" encontram-se as altas a pedido, por abandono e por indisciplina.

Dos 311 pacientes que atuaram no Centro de Reabilitação em igual período, 213 (68%) tiveram alta de iniciativa médica e apenas 98 (32%) sairam contra conselho médico.

Cremos serem êsses números bastante eloquentes, pois que vêm confirmar aquilo que pressupunhamos viesse a ocorrer com relação ao comportamento dos internados do Sanatório, após a instalação do Centro.

Não resta a menor dúvida de que êsse é apenas um dos múltiplos aspectos sob os quais deve ser encarada a Reabilitação, mas estamos certos de que, ainda que fosse o único, ainda que paciente não se beneficiasse, também, cob todos os outros pontos de vista, pela atividadeí os resultados a que acima nos referimos nos dariam a convicção de que estamos trilhando caminho certo.

Na comunicação de funcionamento, em fase experimental, do Centro de Reabilitação "Lourival Ribeiro" (Revista do S.N.T., 4.º trimestre de 1957) dissemos, em linhas gerais, da razão de ser da criação do Centro e o que dêle esperávamos obter como subsídio ao tratamento do tuberculoso internado no Conjunto Sanatorial de Curicica.

Era um terreno inteiramente novo para nós esse da Reabilitação e sòmente a experiência adquirida pelo trabalho, somada à aquisição de melhores conhecimentos nos permitiram introduzir, pouco a pouco, modificações no sentido do seu melhor aproveitamento.

Procuramos imprimir um caráter primordialmente médico à Reabilitação, incluindo-a entre os Serviços Auxiliares da Clínica Tisiológica, após um primeiro estágio em que o afluxo de pacientes ao Centro tinha por principal objetivo a percepção de vantagens financeiras.

Compõem a Equipe do Centro, atualmente, um Encarregado (médico), um Tisiologista, um Fisioterapeuta, um Psicólogo, cinco Assistentes Sociais, uma Enfermeira com dois Auxiliares Hospitalares, um Terapeuta Ocupacional, os técnicos-instrutores das diversas atividades e o pessoal dos serviços administrativos. Esta equipe, que se reune semanalmente, examina cada caso, debatendo os problemas do paciente dos pontos de vista tisiológico, psicológico, social e funcional, indicando a natureza da atividade a ser desenvolvida e o tempo de trabalho a que o internado se deve dedicar re-examinando, outrossim, os casos já estudados.

*) — Diretor do Conjunto Sanatorial do Curicica — Hospital Escola
**) — Tisiologista do Conjunto Sanatorial de Curicica

A aceitação da Reabilitação no seio dos internados excedeu à expectativa, sobretudo se considerarmos que por deficiência de ordem material, ainda não superadas, deixamos de atender, frequentemente, solicitações de matrícula.

Dos 418 pacientes que já passaram pelo Centro de Reabilitação, 311 sairam por alta (das quais 213 de iniciativa médica, como já foi assinalado), 21 por óbito e 64 ainda se encontram internados. Destes, 26 foram afastados por recomendação médica (cirurgia 8, intercorrência 18) e 38 por diversos fatores, enquadrados sob as rubricas de "falta de relacionamento na oficina", "desajustamento social", "inadaptação à atividade", "falta de interêsse", "não atendimento a chamado", "comparecimento inconstante" e "deficiência do Centro de Reabilitação (falta de material)".

Estão sendo aplicados pelo psicólogo testes que visam nos propiciar os elementos necessários à recondução desses pacientes ao Centro.

Encontram-se presentemente desenvolvendo trabalhos no Centro de Reabilitação "Lourival Ribeiro", 300 pacientes distribuidos por 24 atividades diversas.

O material humano de que dispomos no Sanatório é, sob todos os aspectos, o mais heterogêneo possível e o levantamento de dados por nós procedido entre cem pacientes em atividades no Centro, expressam bem essa heterogeneidade.

Embora sejam tão diversas as condições apresentadas pelos pacientes, não há dúvida de que todos se beneficiam, sempre, pelo desenvolvimento de uma atividade orientada.

Verifica-se na prática, no Conjunto Sanatorial de Curicica, que os pacientes do Centro encaram a sua permanência no Sanatório com maior otimismo. Sofrem modificações mais ou menos profundas no seu psiquismo, pelo despertar de novos interesses, fato esse de que são prova indiscutível os diferentes números de altas contra conselho médico registradas entre aqueles que frequentaram e os que não frequentaram o Centro.

É esta certeza o que nos anima a prosseguirmos, sempre e cada vez mais, no sentido que leva à Reabilitação.

| | I — DADOS PESSOAIS | | | | | | | | II — DADOS MÉDICOS | | | | | | | | | | | | | III — | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Grupo Etário | Idade N.o Total | Sexo | | Estado Civil | | | Proc. Conven | | Forma Clnica | | | | Int. Med. | | T. Prov. Intern. | | | | Prognost. | | | Instrução | | | | | | | |
| Anos | | M | F | C | S | V | S | N | MI | MD | A | NC | S | N | 1-3 | 3-6 | 6-12 | + 12 | F | R | I | A. | P. | PI | S | SI | PR | PO | SO |
| 15 19 | 7 | 7 | — | — | 7 | — | 4 | 3 | — | 4 | 4 | — | — | 7 | — | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | — | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | — | — |
| 20-29 | 47 | 42 | 5 | 14 | 32 | — | 26 | 21 | 3 | 31 | 12 | — | 6 | 41 | 3 | 9 | 32 | 3 | 29 | 3 | 15 | 4 | 7 | 22 | 1 | 9 | — | 3 | 1 |
| 30-39 | 27 | 27 | — | 12 | 15 | — | 14 | 13 | — | 17 | 10 | — | 11 | 17 | 1 | 5 | 14 | 7 | 14 | 4 | 9 | 4 | 6 | 9 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 40-49 | 13 | 10 | 3 | 10 | 3 | 1 | 7 | 6 | — | 8 | 4 | 1 | 4 | 8 | 2 | 1 | 8 | 2 | 6 | 3 | 4 | 1 | 2 | 7 | 1 | — | — | — | 2 |
| 50-59 | 6 | 5 | 1 | 4 | 2 | — | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | — | 3 | 3 | — | 1 | 5 | — | 4 | — | 2 | 2 | — | 2 | 1 | — | — | 1 | — |
| + de 60 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | | — | — | — | - | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | 100 | 91 | 9 | 40 | 59 | 1 | 52 | 48 | 4 | 64 | 31 | 1 | 24 | 76 | 6 | 17 | 63 | 14 | 56 | 13 | 31 | 11 | 16 | 44 | 6 | 12 | 2 | 5 | 5 |

| IV — ANTECEDENTES PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | V — SITUAÇÃO FINANCEIRA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profissão | | | | | | Prev. | | | Adaptação | | | Aspiração | | | | | | | Hobby | | N.o de Dependentes | | | | | | | | | | Grupo Etário |
| TB | TT | TL | M | TB | SP | S | N | BOA | RE | IN | NC | TB | TT | TL | M | SA | CO | FP | S | N | EQ | PR | SR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | + 5 | SD | Anos |
| 1 | 31 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | — | — | — | — | 4 | 3 | 11 | 4 | 3 | 3 | 1 | — | — | — | — | 6 | 15 — 19 |
| 7 | 3 | — | — | 4 | 3 | 25 | 22 | 21 | 13 | 10 | 2 | 1 | 22 | 8 | 1 | 13 | 2 | 1 | 16 | 32 | 8 | 25 | 13 | 4 | 9 | 4 | 1 | 1 | — | 25 | 20 — 39 |
| 5 | 20 | — | — | — | 1 | 16 | 11 | 13 | 4 | 9 | 1 | — | 17 | 4 | — | 4 | — | 1 | 7 | 20 | 2 | 9 | 9 | 3 | 1 | 6 | 2 | 2 | — | 13 | 30 — 39 |
| 3 | 5 | 1 | — | 2 | — | 6 | 7 | 12 | — | 1 | — | 2 | 7 | 2 | — | 1 | 1 | — | 6 | 6 | 2 | 6 | 4 | — | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 | 40 — 49 |
| 1 | 4 | — | 1 | 1 | — | 2 | 4 | 6 | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | — | — | — | — | 2 | 2 | 1 | 1 | — | — | 1 | 1 | 2 | 50 — 59 |
| — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | + de 60 |
| 17 | 63 | 2 | 2 | 8 | 8 | 53 | 47 | 54 | 18 | 23 | 5 | 5 | 50 | 18 | 2 | 18 | 5 | 2 | 36 | 64 | 11 | 14 | 11 | 4 | 7 | 3 | 52 | 23 | 46 | 31 | |

**ABREVIAÇÕES:**

1) **Instrução:** A: Analfabeto — P: Primário — PI: Prim. incompleto — S: Secundário (2 ciclos) — SI: Secundário imcompleto — PR: Profissional — PO: Primário e outros cursos — SO: Secundário e outros cursos.

2) **Profissão:** TB: Trabalho braçal — TT: Trabalho técnico — TL: Trabalho liberal — M: Militar — D: Dona de casa — SP: Sem profissão.

3) **Adaptação:** Boa — Regular — Inadatado — NC: Não classificado.

4) **Aspiração:** CO: Comércio (comerciante, negociante, vendedor, etc.) — FP: funcionário — SA: Sem aspiração.

5) Sit. Financ.: EQ: Equilibrada — PR: Precária — SR: Sem recursos.

6) SD: Sem dependentes.

# A nova Legislação Franceza referente ao trabalho de súb-válidos

Lei, de 23 de novembro de 1957, vem regulamentar a recolocação de subválidos na França. Os seguintes pontos podem ser nela realçados:

**Definição de trabalhador subválido**

Entende-se como tal toda pessoa cujas possibilidades de obter ou conservar emprego são efetivamente reduzidas por insuficiência ou diminuição de sua capacidade física ou mental.
O reconhecimento da subvalidez cabe à Comissão Departamental de Orientação dos Enfermos Crônicos. Esta comissão dá orientação profissional às pessoas por ela examinadas, se pronuncia sôbre a oportunidade de medidas especiais para favorecer seu aproveitamento e os classifica — a título temporário ou definitivo — nas categorias de severidade da subvalidez consubstanciadas em Regulamento de Administração Pública, em função do trabalho que lhes é proposto. Os organismos que devem custear as despesas de retreinamento (p.ex. Caixas de Seguro Social) estão representadas na Comissão.

**Empregadores submetidos à lei**

São pràticamente todos, incluida a administração pública e as autarquias estatais.

**Direitos do subválido**

O subválido reconhecido pela Comissão Departamental tem direito ao auxílio em espécie e natureza previsto em lei para a readaptação e retreinamento profissional, seja de acôrdo com a legislação do Seguro Social, seja dos Acidentes do Trabalho. O retreinamento poderá ser feito em Centros públicos ou particulares, ou junto a um empregador que preencha certos requisitos mínimos. Será facilitada a recolocação no ramo profissional primitivo mediante a provisão de que empresas com mais de 5.000 operários deverão assegurar a readaptação de seus próprios doentes ou acidentados.

**Prioridade de colocação**

O "Escritório de Mão-de-obra" deverá utilizar técnicas especiais para a colocação dos subválidos. Com concordância do interessado, os hospitais, ambulatórios, Centros de Reeducação — ou então as Caixas de Seguros — deverão, antes da alta, inscrevê-lo no "Escritório de Mão-de-obra" da área em que reside. A base das necessidades em cada grupo profissional e cada região, serão estabelecidas porcentagens dentro das quais subválidos terão preferência de colocação. Empregos de tempo parcial serão reservados a trabalhadores com incapacidade mais severa.

Para facilitar aos subválidos o acesso em empresas ou administrações que oferecem especiais vantagens a seus quadros em caso de moléstia, ficou estabelecido que não lhes são devidas tais vantagens, exceto se o restabelecimento se acha consolidado há mais de um ano.

Os empregadores deverão notificar o "Escritório de Mão-de-obra" das vagas que têm disponíveis, dentro da porcentagem legal de prioridade mencionada.

**Trabalho protegido**

Indivíduos que não possam trabalhar em rítmo ou horário normal serão utilizados em empregos reservados, em oficinas protegidas ou — para os casos graves — por centros de distribuição de trabalho a domicílio. O salário nas oficinas protegidas será proporcional ao rendimento, garantido entretanto certo mínimo.

Empréstimos poderão ser concedidos para os desejosos de instalar-se como trabalhador autónomo.

**Conselho Superior de Recolocação**

Este organismo tem por missão a promoção e coordenação de todas iniciativas relativas à reabiiltação. Os organismos de assistencia social, de seguro social, de ajuda aos inválidos de guerra, etc., estão nele representadas.

**BIBLIOGRAFIA**

Revue de la Sécurité Sociale
Bull. de l'Assoc. Internat. de la Séc. Sociale, XI, 4 5:187, Genebra maio 1958.

# Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos

A Associação Paulista de Assistencia aos Paraplegicos, promotora da campanha de obtenção de donativos para a construção de uma casa de trabalho e recuperação de invalidos, com o propósito de estimular no estudante o dever de colaborar nas causas de benemerencia instituiu premios aos alunos que mais se salientarem na arrecadação de auxilios para a "Casa do Paraplegico", os quais serão entregues em sessão solene.

A Associação Paulista de Assistência aos paraplégicos é uma entidade beneficente que congrega médicos, homens de negócios, personalidades e cidadãos dotados de alto espírito público.

Ela tem por fim amparar, por todos os meios ao seu alcance, as vítimas da paraplegia, tanto do ponto de vista médico como do ponto de vista social.

A Associação empenha-se, presentemente, em construir a "Casa do Paraplégico" — uma instituição que será, a um só tempo, oficina de trabalho e lar do paraplégico.

Na Casa do Paraplégico, num futuro próximo — tanto mais próximo quanto maior fôr a ajuda que recebe de pessoas de boa vontade — as vítimas da paraplegia beneficiar-se-ão dos mais recentes métodos de treinamento e rehabilitação e poderão se ajustar à sua nova condição, com a oportunidade de desenvolver uma profissão rendosa. A Casa do Paraplégico não será um asilo de mendicidade, mas sim uma casa de trabalho para a recuperação de homens inválidos, que graças à orientação sábia de uma equipe de especialistas, tornar-se-ão úteis, aptos e independentes, pois serão treinados para uma profissão de acôrdo com seu estado físico.
A Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos propõe-se a construir um centro de estudos, amparo e orientação, à altura das necessidades dos paraplégicos, com um programa de auto-suficiência.

O êxito dessa iniciativa depende do espírito filantrópico do nosso povo, que sempre soube compreender e apoiar moral e materialmente as grandes cruzadas, motivo pelo qual dirige apêlo, para que sejam ofertados donativos em favor da Casa do Paraplégico, como reclama a magnitude dêste empreendimento.

DR. MARTINUS PAWEL *

Fig. 1 — O conjunto do Töölöö

# INVALIIDISÄÄTIÖÖ - FINLANDIA

Quando da guerra russo-finlandesa de 1939, a Finlandia estava despreparada em todos os sentidos, e assim não tinha também recursos para cuidar de seus 10.000 inválidos de guerra. Para resolver este dificil problema, o governo obteve a colaboração de instituições beneficentes e de sindicatos na creação da FUNDAÇÃO DE INVÀLIDOS, em 1940, que deveria centralizar primeiro o cuidado aos inválidos de guerra e depois também aos incapacitados civís.

Até o presente foram estabelecidas 3 instituições permanentes e uma temporária: Helsinki-Töölöö, Hyvinkää, Mäntsälä e Esbo. Descreveremos mais pormenorisadamente a primeira, a mais importante e interessante. Hyvinkää é um departamento hospitalar de rehabilitação médica, Mäntsälä um centro de treinamento agrícola para inválidos e Esbo uma escola provisória para portadores de lesões cerebrais.

Helsinki-Töölöö apresenta a muito interessante associação, num só prédio, de um hospital ortopédico-cirúrgico e de uma escola profissional para subválidos. O hospital é útil à escola para referencia e orientação médica; a presença da escola permite ao corpo clínico do hospital um mais perfeito seguimento dos casos e dá ao pessoal hospitalar, como também aos doentes em tratamento, a perspectiva social e dinámica do processo de reabilitação. Em tal ambiente, é bem mais raro surgirem resistencias psicológicas à terminação do processo: Compreendido como um todo desde o início, ele é aceito como tal.

O edifício principal tem uma cubagem de 80.000 m3. Há um segundo edifício de 30.000 m3 que hospeda um internato para crianças subválidas em idade escolar, e um outro, servindo de residencia ao pessoal.

Os seguintes serviços estão instalados no bloco principal:

1) Ambulatório, com 2 médicos e um movimento anual de 15.000 consultas e tratamentos (17% são primeiras consultas).

2) Hospital, com 14 médicos e 305 leitos, 1.400 admissões por ano e longa lista de espera. Calcula-se que para satisfazer as necessidades do país o triplo dos leitos seria exigido. 20% dos casos admitidos são de poliomielite, sendo operados 40% deles, enquanto os demais são submetidos a fisioterapia.

3) Centro de reabilitação ocupacional.

4) A sede da "Fundação de Próteses", assim como uma de suas 3 fábricas. As outras estão localizadas em outras cidades da Finlandia: Oulu e Jyväkylä. A "Fundação de Prótese" é um departamento da FUNDAÇÃO DE INVÀLIDOS. Na oficina de Helsinki-Töölöo são produzidas em média 1.100 proteses anualmente.

5) O Serviço social, com 6 assistentes sociais, a cujo cargo estão os problemas familiares dos doentes em tratamento e o seguimento.

---

*) — Muito temos a agradecer ao Reitor Erkkii Luutola por nos ter oferecido hospitalidade por 3 dias na Fundação, nos dado inúmeras e valiosas informações e nos ter facilitado visitas a muitas outras instituições finlandesas interessantes.

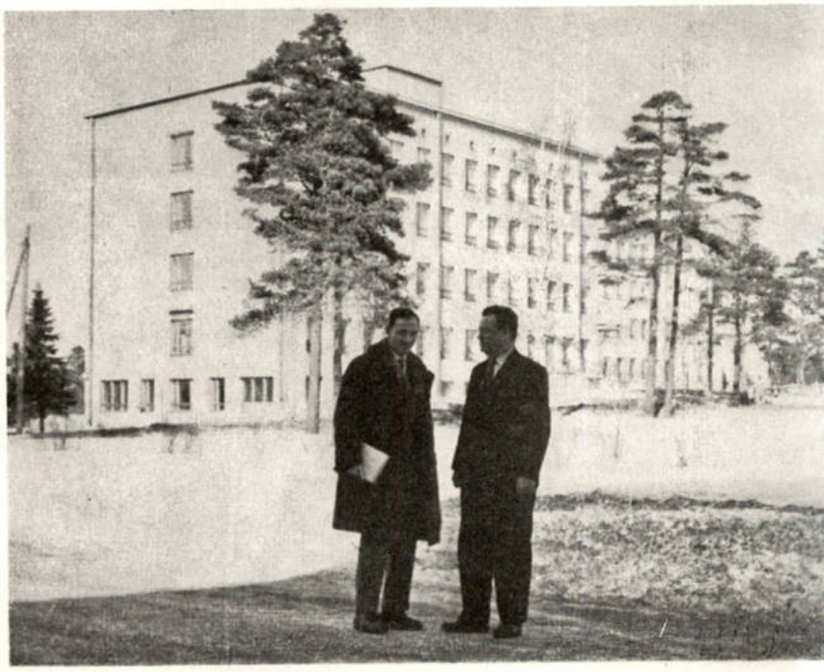


Fig. 2 — Internato de crianças defeituosas. No primeiro plano o Reitor Erkkii Luutola com o autor.

Fig. 3 — Hidroterapia no Instituto.

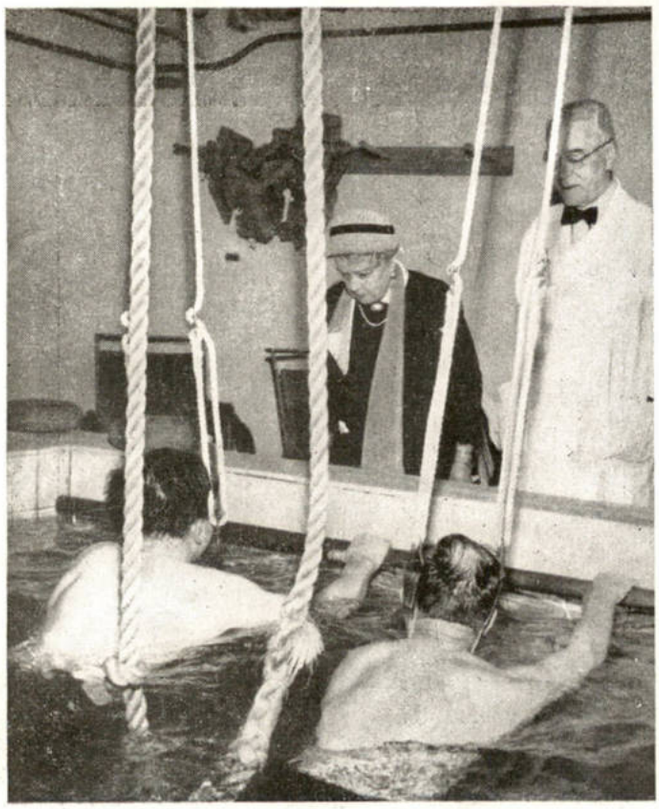


Fig. 4 — Visita do Presidente Paasikivi ás instalações.

6) O departamento de psicologia, cuja função principal é a orientação vocacional. Conta com 3 psicólogos; orienta uma média de 850 subválidos anualmente, não contando um número quasi igual de pedidos de informações por carta que recebe. O chefe do departamento, psicólogo diplomado em curso universitário, é também chefe do serviço social e supervisor da reabilitação dos internados no hospital.

7) O Instituto ortopédico-ginástico tem por fim a formação de técnicos supervisores de ginástica terapeutica passiva e ativa e de terapéutica ocupacional.

8) A Escola de Treinamento Vocacional, para 300 alunos internos, que permanecem na escola por até 3 anos, em cursos: para mulheres de economia domestica, costura, trabalhos de agulha, tecelagem a mão e a máquina, alfaiataria e trabalhos em couro, para homens de radio-receptores, relojoeiro, ferreiro, marceneiro, acabamento exterior de mobilia, estofamento, pintor, sapateiro, alfaiate, construtor de barcos, trabalhos de artezanato em ferro chapeado, mecanico-ajustador, montador, torneiro, frezador, polidor, fundidor, instrumentador, etc.

Esta escola é complementada pela de Mäntsälä, onde em cursos de 1 a 2 anos cerca de 200 alunos recebem instrução em agricultura e jardinagem, assim como nas ocupações mais requeridas em ambiente rural: reparação de máquinario agricola, ferreiro, pedreiro, encanador, construtor de fogões e lareiras. A escola aceita sòmente alunos cuja incapacidade não lhes permite acompanhar cursos para individuos válidos e competir com trabalhadores normais, sem treinamento especial. Não devem ter mais de 30 anos de idade e capazes de tirar todo proveito do curso.

Fig. 6

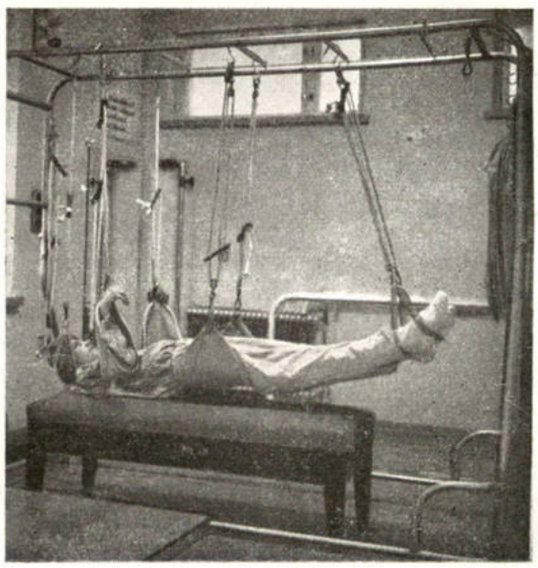
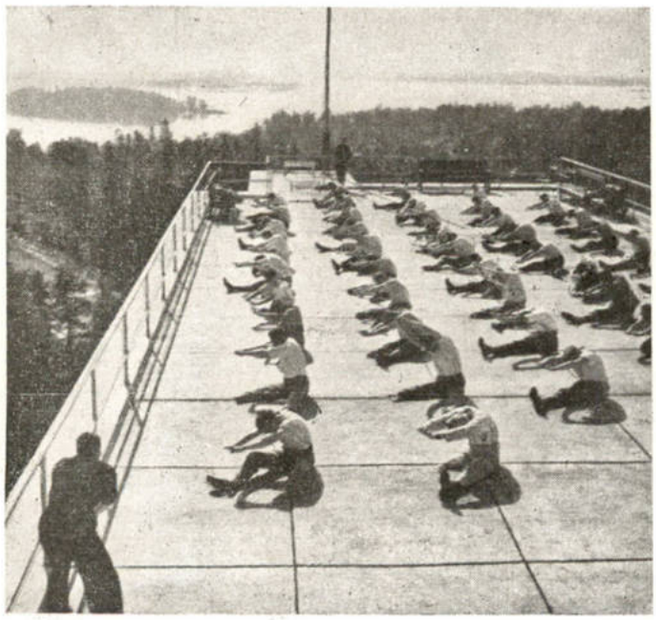


Fig. 5 — Ginástica de inválidos de guerra.



Procura dar a seus discípulos instrução superior à dada em escolas profissionais normais, afim de que o subválido possa competir vantajosamente no mercado de trabalho. Tem para isto um excelente maquinário e corpo de professores (28 em tempo integral, 50 mais em base-hora, 1 reitor e uma governanta).

A experiencia ganha na Finlandia no treinamento de subválidos indica que as escolas profissionais para eles devem permitir ampla escolha de ocupações, para que possa ser encontrada a que realmente satisfaz às condições do incapacitado a treinar. Também é dito que o treinamento em centros residenciais dá o melhor resultado, porque o aluno se integra no ambiente escolar, com seus condiscipulos que tem problemas similares aos seus, com muito maior facilidade. Os centros especiais tem professores habituados com os problemas dos incapacitados e são construidos de maneira a facilitar a locomoção dos subválidos O mais grave problema que se põe é a formação de professores especializados. Um bom artezão muitas vezes não é um bom professor. Cursos especiais foram organisados na Finlandia com este fim.

ZENY MIRANDA

# Reabilitação e previdência social

## 1. DEFINIÇÕES

É sempre perigoso tentar-se moldar numa simples frase a definição de uma idéia, um fenômeno, um processo. A definição, visando à síntese de palavras, pode pecar por excesso, levando longe demais a generalização da amplitude, ou por carência, quando, buscando a precisão, reduz o círculo em que enfeixa o objetivo, sem levar em conta os vetores que possibilitam atingí-lo.

Com a reabilitação profissional, porém, quaisquer que sejam as formas verbais adotadas, tôdas conteem os mesmos elementos essenciais consagrados no Simpósio do "National Council of Rehabilitation", realizado em maio de 1942, em New York, e reafirmados pelo Bureau Internacional do Trabalho nas reuniões de 1954 e 1955. É, pois, hoje universalmente reconhecido que a reabilitação é "a reintegração do deficiente no máximo de sua capacidade física, mental, social, profissional e econômica".

Entre nós, se há divergências na terminologia e ainda as mais recentes leis brasileiras tratam de "readaptação profissional", nem por isso o conceito geral é diferente. Quando a idéia não era mais do que um pequenino fósforo aceso entre as luzes de nosso sistema assistencial, o engenheiro Roberto Mange, pioneiro da psicotécnica no Brasil, afirmava em seu "Plano de Organização da Clínica de Readaptação Profissional do Serviço Social da Indústria", em 1948: — "Em sentido amplo, a readaptação profissional consiste em restituir ao trabalhador, total ou parcialmente, sua capacidade profissional ou orientá-lo e adaptá-lo para novas funções, quando, por motivos diversos, não mais está êle em condições de exercer, normalmente, a ocupação primitiva".

Êsse conceito, hoje ampliado, já não limita a reabilitação à "restituição da capacidade", mas exige que esta seja levada "ao máximo" compatível com a situação psico-físico-social do deficiente, o que importa em prestar ao reabilitando todos os serviços necessários à consecução dêsse objetivo.

## 2. FILOSOFIA E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA REABILITAÇÃO

Processo democrático em sua própria essência, a reabilitação profissional apresenta formas por assim dizer paradoxais na sua realização. Se, por um lado, exige a individualização do caso, por outro impõe a participação de tôda uma equipe. É facil de compreender que assim seja pois que, para tratar o indivíduo como "criatura humana", analisá-lo sob todos os ângulos, compensar-lhe as deficiências, compreender-lhe os problemas, dignificá-lo, proteger a sua independência econômica e obter a sua própria cooperação, é necessário que não apenas um técnico, mas um grupo dêstes, se detenha em estudos pormenorizados, dentro de cada uma de suas especialidades, para formarem, todos juntos, o mosaico real e global que é o indivíduo e sua vida.

Todos os aspectos são, portanto, abrangidos e nenhum recurso é poupado. Numa imagem simplista, diríamos que cada aspecto constitui o élo de uma corrente, cuja completação depende da integridade e ligação de todos os élos. A fragmentação aparente do processo tem apenas o objetivo de dissecar ao máximo as múltiplas facetas que compõem o ser humano, para ter dele uma visão mais completa: "unitas multiplex".

De tal forma é isto racional e pacífico que pretender a predominância de qualquer dos aspectos seria desconhecer ou negar os princípios da própria reabilitação, a complexidade do homem e a importância dos fatores externos e ambientais.

Da mesma forma que seria falho e inútil tentarmos a reabilitação levando em conta apenas o ajustamento social desejável, ou buscando na aprendizagem de um novo ofício a solução imediata de um problema econômico, também não poderíamos considerar um deficiente profissionalmente reabilitado porque se lhe deu uma perna mecânica ou se conseguiu aumentar sua capacidade respiratória. É evidente que quando Howard Rusk define a reabilitação como "a terceira fase da medicina", situa-se no campo médico e refere-se à etapa indispensável que deve acompanhar às de "diagnóstico" e "tratamento". O que visa é a alertar o médico sôbre a necessidade de criar em si mesmo o "esprito", a "mentalidade" da reabilitação, que o fará proceder a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento clnico não só com o objetivo da cura, mas com o intuito de facilitar ou apressar a reabilitação. Pensando nêsses termos, por exemplo, uma amputação de braço será feita na medida exata em que possa ser usada uma prótese capaz de permitir ao cliente a volta à atividade. Mas também é evidente que, não existindo nos currículos médicos cadeiras de psicologia, psicotécnica ou de mercado do trabalho, não poderia o médico, com o uso exclusivo de seus recursos e conhecimentos, levar o reabilitando ao "máximo de sua capacidade física, mental, social, profissional e econômica". Afirma Kenneth Hamilton que a "reabilitação médica é uma parte vital, mas apenas uma parte das necessidades do inválido", "o alicerce, mas não a estrutura completa". Justamente essa igualdade de valores dos vários aspectos que integram a personalidade humana é que faz da reabilitação incondicionalmente um trabalho de equipe.

A compreensão e a aceitação dessa premissão dão o mais alto cunho técnico e a mais valiosa eficiência aos serviços de reabilitação americana, que têm a dirigí-los, como autoridade máxima à frente do "Office of Vocational Rehabilitation" do Ministério da Educação, Saúde e Bem-Estar a figura respeitada e querida da Assistente Social Mary Switzer.

## 3. O PROCESSO

Diz-se que a reabilitação "é um processo de crescimento e desenvolvimento" porque reune uma série de ações ou mudanças coordenadas" e "seus objetivos e as maneiras de atingí-los variam para cada indivíduo como para cada comunidade".

Analisando rapidamente as diversas modalidades com que se nos apresenta êsse processo, poderemos assim resumi-las nêste quadro:

---

* **Assistente Social e psicotécnica, C.E.R.P.S.. I.A.P.I..**

## PROCESSOS DE REABILITAÇÃO:

QUANTO À INICIATIVA .....

**Privada ou particular:**
esfôrço isolado de pessoas, grupos ou associações

**Governamental:**
programas federais, estatais ou municipais

**Mista:**
grupos particulares com apôio do Govêrno — autarquias ou entidades oficiosas ou de alguma forma ligadas ao Govêrno.

QUANTO À LIMITAÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO .....

**Parcial:**
abrangendo determinados grupos de incapacidade, de classes sociais ou profissionais.

**Total:**
programa amplo e coordenado, atingindo tôdas as incapacidades e tôda a população.

QUANTO À EXTENSÃO DOS SERVIÇOS .....

**Parcial ou incompleta:**
abrangendo apenas algumas fases do processo ou visando especificamente a uma delas.

**Total:**
abrangendo tôdas as fases com igualdade de recursos.

QUANTO À FORMA .....

**Recursos coordenados mas descentralizados:**
utilização de várias agências — organização da comunidade.

**Recursos conjugados e centralizados:**
"centro de reabilitação".

### 4. O MECANISMO E A EQUIPE

De modo geral, o processo de reabilitação abrange três categorias de serviços, cada um dos quais podendo subdividir-se ou multiplicar-se, conforme as disponibilidades técnicas e materiais do órgão executante e as necessidades individuais dos clientes.
Essas três partes que integram o processo são:

**Serviços médicos:**

que procedem à avaliação da capacidade física residual; o tratamento complementar, inclusive cirurgia, prótese e medicina física; reeducação funcional, inclusive tolerância ao trabalho, ambulação e cuidados pessoais; fisioterapia, terapia ocupacional, foniatria, musicoterapia e outras técnicas corretivas; cuidados de enfermagem, inclusive na convalescença.

**Serviços psico-sociais:**

que se incumbem do tratamento social do cliente e da família; assistência econômica; estudo do ambiente; ressocialização do cliente e proteção à unidade familiar; relações humanas; utilização de recursos da comunidade; interpretação da reabilitação;

**Serviços vocacionais:**

que realizam a pesquisa de aptidões, conhecimentos, nível mental e experiências profissionais anteriores; orientação profissional; treinamento prevocacional, vocacional e profissional; estudo do mercado do trabalho; colocação ou emprêgo, inclusive providências subsidiárias tais como cartas de ofício, diplomas, instrumental, licenças, contrôle de ajustamento profissional, etc.

A primeira fase citada exige médicos, enfermeiros e todo um grupo de técnicos em atividades paramédicas: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, protéticos, etc. A Menninger Foundation, de Kansas, reune tôdas essas atividades sob a designação de "terapêutica adjuntiva", têrmo também adotado por outras instituições.

Na segunda fase estão o assistente social, o psicologista, o recreador e todos aqueles que de certa forma contribuem para o ajustamento e a integração do cliente no lar, na família e na coletividade.

A terceira fase é o reduto do psicotécnico, do conselheiro ou orientador profissional, do agente de colocação.

O trabalho dêsses vários técincos não teria grande valia se se confinasse a um isolamento improdutivo. É a coordenação, a conjugação, o entrosamento, a discussão em grupo, a análise do caso em conjunto, as diretrizes planejadas em comum, a avaliação periódica dos resultados, o espírito de equipe, enfim, o "team-approach", que levam a bom termo os esforços pessoais de cada membro do grupo, e conduzem o cliente a uma completa, definitiva, verdadeira reabilitação. O meio ideal para conseguir-se êsse trabalho de equipe é o "centro de reabilitação", onde os técnicos se encontram grupados na mesma área, o que possibilita maior aproximação entre êles, observação e tratamento mais constante dos clientes e melhor integração no processo. Entretanto, como a capacidade limitada e o alto custo dos centros não permite o atendimento de grandes massas, é de recomendar-se também a articulação dos recursos da comunidade, desde que um órgão coordenador supervisione e avalie os serviços fracionados e dispersos em várias agências.

## 5. REABILITAÇÃO E PREVIDÊNCIA SOCIAL — considerações gerais

Vimos no capítulo 2, os princípios da reabilitação em relação ao "caso", ao indivíduo.

Entretanto, a filosofia da reabilitação não se limita aos objetivos humano e social, que são os fundamentos da individualização no processo. Transcende dêstes, ultrapassa as fronteiras da assistência ao indivíduo, dirige-se aos grupos, à coletividade dos inválidos e incapazes que formam tôda uma população de marginais, improdutivos, estéreis, à massa enorme daqueles que, por qualquer infortúnio, não são úteis nem a si mesmos nem à sociedade a que pertencem. E quando a reabilitação é posta em prática nêste plano; quando visa à revigoração da fôrça do trabalho, das reservas da mão de obra, passa a ser mais do que um mero instrumento assistencial para constituir um fator auxiliar precioso no equilíbrio da economia da nação, no estabelecimento de uma política sadia e racional do aproveitamento máximo da mão de obra, orientada, qualificada e capaz de contribuir eficientemente para a execução das diretrizes do Govêrno. Diz Cesar Madariaga que "o inválido deve ser tratado pela indústria não como um caso clínico mas como um fator sócio-econômico", e que a reabilitação é para o inválido "a única solução econômica e também a única de ética social ainda que tenha de chegar-se a uma redistribuição do trabalho e até ao racionamento do mesmo".

No momento em que o Brasil abre novos horizontes à sua industrialização, o que está a exigir conseqüentemente a formação especializada de milhares de novos técnicos, parece-nos lógico que se trace parceladamente um vasto programa de reabilitação profissional A análise dos novos ofícios naturalmente fragmentados como quer a tendência moderna da produção em massa, descobrirá talvez um imenso mercado-do-trabalho que poderá receber centenas de reabilitados, devidamente treinados para participar ativamente da execução dos programas nacionais de desenvolvimento econômico.

## 6. REABILITAÇÃO — forma de seguro social

Em muitos países a reabilitação já faz parte dos encargos normais do Govêrno, em geral sob a responsabilidade das organizações de bem-estar social, como acontece, por exemplo, na Irlanda, Inglaterra, Escócia, Países Baixos, Finlândia, etc. Em alguns outros é o seguro social que toma a iniciativa ou complementa o programa governamental.

Nos Estados Unidos da América do Norte a reabilitação, iniciada pela Federal Social Security Agency, foi posteriormente transferida ao Ministério da Educação, Saúde e Bem-Estar, tornando-se o mais amplo e mais completo programa de reabilitação do mundo, e o que atende ao maior número de deficientes de tôdas as espécies, inclusive os velhos.

Valemo-nos ainda uma vez da palavra abalisada de Kenneth Hamilton que afirma ser a reabilitação "uma forma de seguro social". Êste ponto de vista é esposado pela Associação Internacional de Seguridade Social, que tem demonstrado pelo assunto um interêsse sempre crescente, dedicando-lhe mesmo uma de suas assembléias (X Assembléia Geral — 1951) juntamente com o problema da avaliação da incapacidade com o qual se acha intimamente ligado. Também a Organização Ibero-americana de Seguridade Social (OISS) inclui a reabilitação no temário de seu III Congresso. Êsse interêsse é justificado pela necessidade de conceituar corretamente "invalidez" e "incapacidade", e definir com maior precisão "incapacidade profissional" e "incapacidade de ganhar", pontos básicos no estabelecimento de critérios para a concessão dos benefícios da previdência. Assinalam os relatores da X Assembléia Geral da OISS, Srs. Renato Morelli e Gino Bergami: "O método de avaliação afeta de forma diversa o cálculo da prestação em relação com a reabilitação (reeducacion) profissional, segundo possa basear-se na perda anatômica ou funcional que permanece inalterada uma vez completada a reabilitação, ou sôbre a perda da capacidade lucrativa, que é claramente modificada como resultado da reabilitação profissional". Dr. Armando de Oliveira Assis, na série de conferências que realizou no "Claustro de Professores" do Centro de Formação de Técnicos da OISS (1958), define a "invalidez" como "um tipo de incapacidade específico e definido" "a expressão sintética de uma incapacidade geral de ganhar, isto é, uma incapacidade total de um trabalhador exercer qualquer tipo de profissão compatível com suas habilitação físicas e profissionais". E conclui que "em boa teoria jamais deveremos declarar um segurado inválido se não tivermos, através da Seguridade Social, propiciado a êle os recursos de se reabilitar profissionalmente, de voltar à atividade num outro gênero de profissão". "A nosso ver, portanto, a conceituação de invalidez implica automàticamente a reabilitação profissional".

Essas afirmações levam-nos à conclusão de que a reabilitação profissional apresenta na previdência social, tôdas as características fundamentais de seus três aspectos — humano, social e econômico, e mais ainda, a racionalização e o equilíbrio de sua própria economia interna.

## 7. INSTITUTO DOS INDUSTRIÁRIOS

Quando se fala em previdência social no Brasil, o que nos vem mais rapidamente ao pensamento é o IAPI, que, pela classe profissional que abrange, é o maior dos institutos em número de associados, liderança essa que tende a acentuar-se com o desenvolvimento cada vez mais rápido de nossa indústria. Portanto, nada mais lògico que ao IAPI, mais do que a qualquer outro instituto de previdência, interêsse o cumprimento das recomendações da OIT e da OISS no que se refere à reabilitação profissional.

O balanço econômico de 1958, publicado no "Mensário Estatístico-Atuarial" de 15-2-59 nos mostra que o IAPI pagou a seus associados naquele exercício a importância de Cr$ 4.643.919.537,80 em aposentadoria por invalidez e Cr$ .... 1.574.759.805,20 em auxílio-doença. Sabemos também que o número médio mensal de aposentadorias por invalidez em manutenção é em tôrno de 200.000. Segundo a Comissão de Medicina Física dirigida por Baruch (1946), 97% dos incapazes podem voltar à atividade remunerada após a prestação de alguns serviços especiais. Ainda que, atendendo às condições peculiares do trabalhador brasileiro, essa percentagem otimista seja reduzida para 50%, não será difícil avaliar a economia que representará para o IAPI a criação recente de sua Comissão Executiva de Reabilitação Profissional e Serviço Social (CERPSS)* quando vencer as dificuldades naturais da implantação dêsses serviços técnicos inteiramente novos na previdência. Até lá, porém, há uma grande batalha a travar contra a inexistência de muitos técnicos, a escassez de recursos auxiliares, a deficiência da legislação, o desconhecimento dos patrões, a resistência dos incapazes, os labirintos da burocracia administrativa brasileira, a interferência político-partidária, as susceptibilidades profissionais, a ausência do "espírito de equipe", a incompreensão do público em geral. Mas estamos certos de que um dia se multiplicará entre nós aos milhares o exemplo do trabalhador espanhol que se alegrava por sua invalidez, "que havia propiciado uma melhora transcendental em sua vida". E nêsse dia, talvez também se alegrem os administradores da previdência, com a "melhora transcendental" na aplicação de suas verbas, tanto pela maior racionalização dos benefícios prestados quanto pela redução das despesas a que hoje a obriga o atual critério de avaliação de "incapacidade profissional", por não dispor dos recursos essenciais que permitam julgar, com mais lógica e segurança, a "capacidade de ganhar".

*** Decreto N.o 44.770 de 3-10-58 regulamentado pela Resolução N.o 3.114 de 20-3-59.**

DECRETO N.º 44.770, de 3 de novembro de 1958.

**Cria, no I.A.P.I., a Comissão Executiva de Reabilitação Profissional e Serviço Social, e dá outras providências.**

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 87, inciso I, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos artigos 90 e 91 do Decreto-lei n.º 7.036, de 10 de novembro de 1944, e nos §§ 1.º e 2.º do art. 1.º do Decreto-lei n.º 7.380, de 13 de março de 1954, decreta:

Art. 1.º — Fica criada no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários a Comissão Executiva de Reabilitação Profissional e Serviço Social (CERPSS), destidada a organizar, implantar e executar, até que seja oportuna sua departamentalização, os serviços de reabilitação profissional para os segurados e pensionistas incapacitados, assim como o serviço social para os segurados e seus dependentes, em geral, segundo as técnicas apropriadas.

§ 1.º — Os serviços a cargo da CERPSS serão implantados em todos os territórios nacionais à medida em que o possibilitem as condições locais e os recursos técnicos e financeiros existentes e em articulação com os demais órgãos do Instituto.

§ 2.º — Quando conveniente, os serviços da CERPSS poderão ser também utilizados pelas demais instituições de previdência social, mediante acôrdo.

§ 3.º — A CERPSS poderá realizar os serviços a seu cargo diretamente ou mediante convênios, por intermédio de outras entidades públicas ou privadas.

Art. 2.º — A CERPSS será constituída por servidores do Quadro do pessoal do Instituto com conhecimentos especializados nos assuntos a seu cargo e em administração geral, designados pelo Presidente.

§ 1.º — Funcionarão junto à CERPSS representantes dos Órgãos Centrais do Instituto interessados, que participarão das reuniões, sempre que houver assunto relacionado com o respectivo órgão.

§ 2.º — A CERPSS terá um Presidente e um Secretário Executivo, designados dentre os respectivos membros, aos quais caberão as funções executivas.

§ 3.º — Aos membros da CERPSS não será atribuída qualquer remuneração especial.

Art. 3.º — Aplicam-se à CERPSS, no que couber, as disposições relativas aos Órgãos Centrais do Instituto.

Art. 4.º — As despesas com os serviços a cargo da CERPSS correrão à conta das dotações orçamentárias próprias aprovadas pelo Departamento Nacional da Previdência Social do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Art. 5.º — O art. 51 do Regulamento expedido pelo Decreto n.º 1.918, de 27 de agôsto de 1937, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 51 — A aposentadoria por invalidez será mantida enquanto a incapacidade do segurado permanecer nas condições mencionadas no art. 45, podendo êle, a qualquer tempo, ser submetido a exame, para a verificação da persistência ou não dessas condições.

§ 1.º — Verificada, na forma dêste artigo, a recuperação da capacidade de trabalho do segurado aposentado, proceder-se-á de acôrdo com o disposto nos parágrafos seguintes.

§ 2.º — Se, dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposentadoria, fôr o aposentado declarado apto para o seu trabalho, o benefício ficará extinto, imediatamente, garantindo-se ao segurado empregado o direito previsto no § 1.º do artigo 475 da Consolidação das Leis do Trabalho, valendo como título hábil, para êsse fim, o certificado de capacidade fornecido pelo Instituto.

§ 3.º — Se a recuperação da capacidade de trabalho ocorrer após 5 (cinco) anos da data do início da aposentadoria, bem assim quando, a qualquer tempo, essa recuperação não fôr total ou fôr o segurado declarado apto para o exercício de trabalho diverso do que habitualmente exercera, a aposentadoria será mantida, sem prejuizo do trabalho:

a) no seu valor integral, durante o prazo de 6 (seis) meses contados da data em que fôr verificada a recuperação da capacidade;

b) com redução de 50% (cinquenta por cento) daquele valor, do sétimo ao nono mês subsequente;

c) com redução de 2/3 (dois terços), do décimo ao décimo segundo mês subsequentes, quando ficará extinta a aposentadoria".

Art. 6.º — Êste Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 7.º — Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de novembro de 1958; 137.º da Independência e 70.º da República.

(a) JUSCELINO KUBITSCHEK
Fernando Nóbrega.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA


ARMANDO DE OLIVEIRA ASSIS — Incapacidade do Trabalho — Nova Orientação sôbre critérios e métodos de avaliação — (Organización Ibero Americana de Seguridad Social — Série Estudios — Madrid — 1958).

BARUCH COMMITTEE on Physical Medicine — Subcommittee on Civilian Rehabilitation Centers — A Report on Community Rehabilitation Service and Center — (New York — 1946).

CESAR DE MADARIAGA — Iniciación al estudio del factor humano en la actividad economica — Elementos de Psicoeconomia (Aguilar S.A. de Ediciones — Madrid — 1953).

COLETTE BÉNASSY CHAUFFARD — L'adaptation des individus aux professions — (V. — Le problème des handicappés) — in-L'utilisation des Aptitudes — (Presses Universitaires de France — Paris — 1954).

H. A. PATTISON — Rehabilitation of the Tuberculous — (The Livingstone Press — Columbia Country New York - 1949).

H. DE BOËR — Les problèmes actuels de la réadaptation professionelle — Premier Séminaire International de la Securité Sociale — (AISS — Genebra — 1950).

HENRY H. KESSLER — Rehabilitation of the Physically Handicapped — (Columbia University Press New York — 1953).

HOWARD RUSK e EUGENE TAYLOR — New Hope for the Handicapped — (Harper & Brothers — New York — 1949).

MARY SWITZER e HOWARD RUSK — Doing Something for the Disabled — (The Public Affairs Committee Inc. — New York — 1953).

MICHAEL G. SHORTLEY — Vocational Rehabilitation — in Social Work Year Book — 1949 — (RUSSELL SAGE FOUNDATION — New York — 1949).

MYRA SHIMBERG — Health and Employment — A Study of Public Assistance Clients Attending the Out Patient Department Clinics (National Council on Rehabilitation — New York — 1946).

KENNETH HAMILTON — Counseling the Handicapped in the Rehabilitation Process — (The Ronald Press Co. New York — 1950).

WILLIAM SODEN — Rehabilitation of the Handicapped — (The Ronald Press Co. — New York — 1949).

A I S S — Informe IV — X Assemblea General — Reeducacion Professional y Tasas de Prestaciones — (Genebra — 1951).

A I S S — Anteprogeto de conclusiones del Grupo de Trabajo sobre la unificacion de las tablas de invalidez — Dubrovnik-mayo 1957 — Informe preliminar — Ponente: Dr. R. Springer.

DEPARTMENT OF HEALTH, Education and Welfare — Office of Vocational Rehabilitation — Psychological Aspects of physical disability — (Washington — 1953).

INTERNATIONAL LABOUR CONFERENCE — Report IV — 37th e 38th. Sessions — Vocational Rehabilitation of the Disabled (Geneva — 1954).

MENSÁRIO ESTATÍSTICO ATUARIAL — IAPI n.o 74 — Ano VII — Publicado em 16-2-59.

UNITED NATIONS — Modern Methods of Rehabilitation of the Adult Disabled — Report of a Group-Training Course held in Sweden, Finland and Denmark — 1952.

DR. J. GOOSSENS (*)

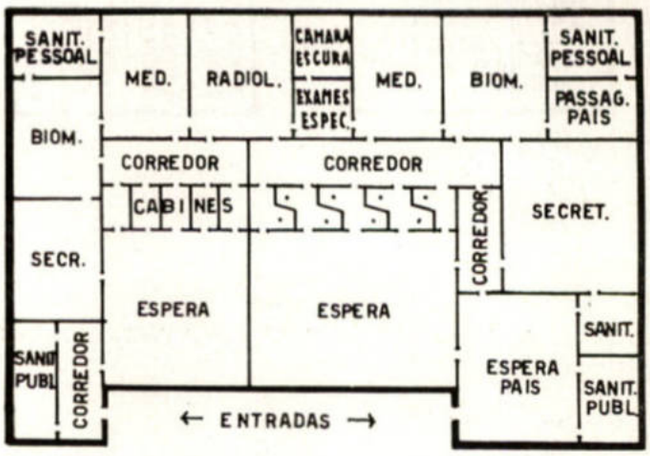
# CENTROS MÉDICO-SOCIAIS DE DIAGNÓSTICO, PROFILAXIA E REABILITAÇÃO PARA A BÉLGICA

Há na Bélgica multiplas instituições que se consagram à luta contra diversas moléstias sociais. É preciso então estabelecer ligação entre tais instituições, insistindo sôbre a conveniência de agrupar seus consultórios em um mesmo complexo, em lugar de deixar que trabalhem dispersas. Esta fórmula deve assegurar as vantagens econômicas resultantes da centralização, assim como eficiência medicossocial muito maior, em vista da facilidade de trocas de informações e da utilização de pessoal auxiliar polivalente. Tal complexo, apresentado na vizinhança imediata de centro de saúde, situa por outra a posição da luta contra as moléstias sociais em relação aos organismos gerais de medicina preventiva, proteção maternal e infantil, medicina escolar, medicina esportiva, medicina do trabalho, orientação profissional, eventualmente agrupadas em centros de saúde. Enfim, o projeto poderia assinalar certas lacunas ainda presentes em nossa ação medicossocial.

O trabalho de elaboração do projeto foi confiado ao Dr. Deroy, médico-inspetor da Administração de Medicina Social, na base dos princípios acima enunciados. Não deve ser considerado como modêlo de uma edificação a realizar, mas antes como programa de organização funcional dum Centro de Diagnóstico, Profilaxia e Reabilitação para moléstias sociais. A solução arquitetônica não é pois forçadamente a economicamente mais racional, mas visa sobretudo à compreensão do agrupamento dos locais.

Para uma população de 8.500.000 habitantes repartidos em 2.670 comunas — sôbre um território de 30.000 km², a Bélgica conta presentemente com uma quarentena de Centros de Saúde (Centros de Medicina Preventiva Geral), criados depois de 1949, havendo outros tantos em organização. Além disto existe mais de um milhar de serviços de proteção à infância e mais de cem dispensários antituberculosos, mas a necessidade dos novos Centros para moléstias sociais se faz sentir, quer para prolongar e completar a ação das instituições existentes de medicina preventiva, como também para aperfeiçoar e coordenar a ação das instituições especializadas na luta contra as moléstias sociais.

(*) Secretário Geral da Diretoria de Instituições Médico-Sociais, Administração de Medicina Social, Ministério da Saúde Pública e da Família da Bélgica, (10, Place Royale, Bruxelas).




FACHADA DA RUA

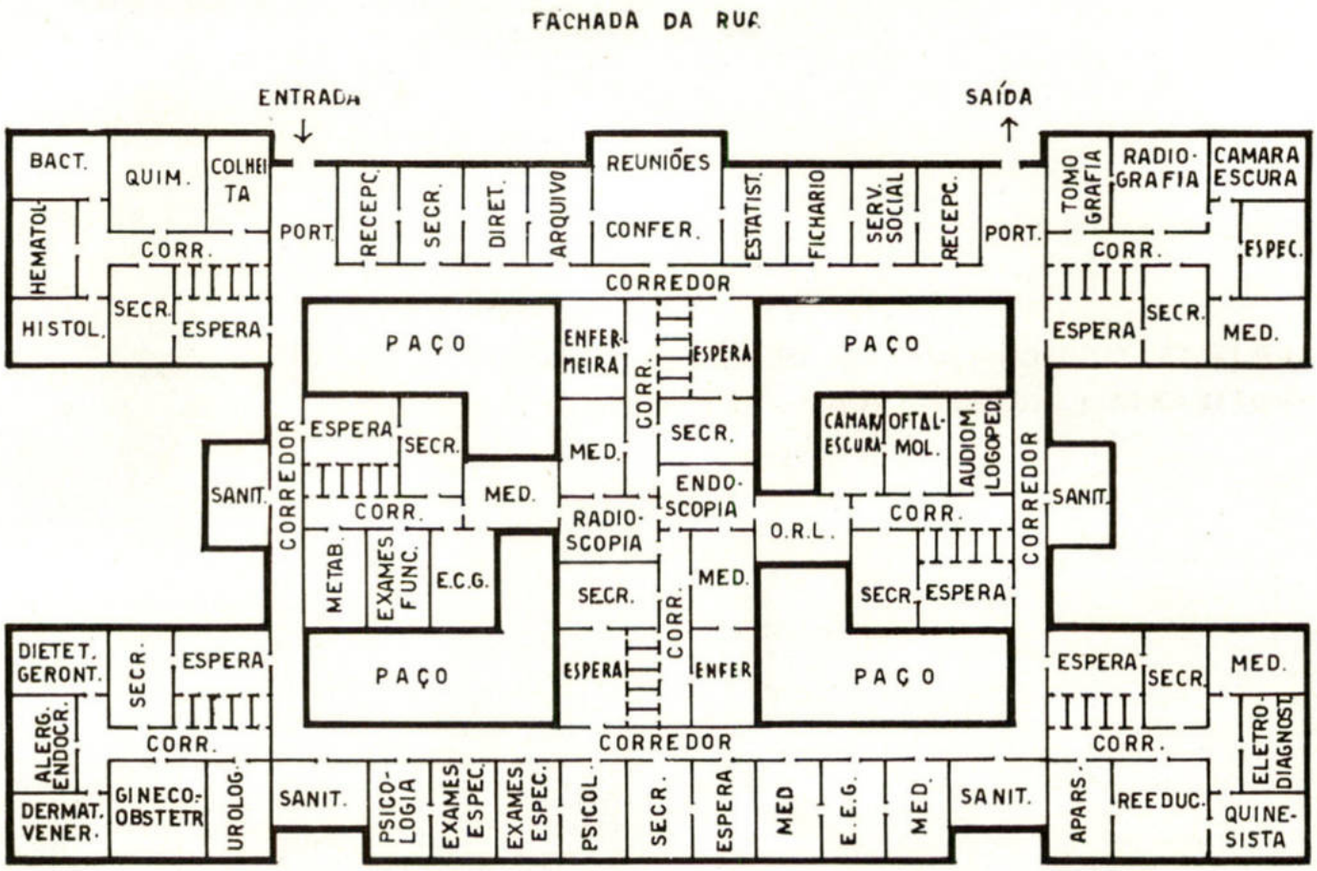
CENTRO DE SAUDE COM 2 SERIES DE LOCAIS
ESCALA 1:200

**Centro de Saúde**

Um Centro de Saúde assegura a descoberta, a título preventivo, das moléstias em certas categorias de população. Agrupa consultas de Medicina Escolar e pelo menos duas mais entre as seguintes: Prenatal, Infantes, Trabalhadores, Esportiva, Higiene Mental ou Orientação Profissional, e ainda um Serviço Médico-Social. Não prescreve tratamentos. Conta com locais dispostos racional e economicamente. Cada um formá um circuito funcional, serve a diversas especialidades e basta para 5.000 exames anuais ou um setor de 40.000 habitantes. O Estado subsidia sua instauração e seus funcionamento.

O Centro convida os suspeitos que examina a procurar Médico ou Instituição de Saúde para diagnosticar e tratar sua moléstia eventual, evitando que se agrave, se transmita a outrem e comprometa o futuro do doente e daqueles que com êle entram em contato.

De acôrdo com o doente, pode estabelecer contato com instituições cujo fim é a ajuda às vítimas da afecção em questão.




CENTRO DE MOLESTIAS SOCIAIS
ESCALA 1:300

**Centros de diagnósticos, profilaxia e reabilitação para males sociais**

A depistagem das moléstias, para a qual os Centros de Saúde são o instrumento o mais completo, leva à descoberta de pessoas suspeitas de afeções diversas. Algumas delas têm repercussão social a vista de sua frequência, gravidade, duração, contagiosidade, da incapacidade delas resultante, das dificuldades financeiras e das anciedades que provocam. Este caráter comum lhes valeu o nome de "moléstias sociais".

Os indivíduos atingidos ou ameaçados por tais moléstias são assistidos por uma rede de obras especializadas, cada qual se encarregando do combate a uma doença determinada, facilitando seu diagnóstico, faz a vigilância profilática e a tutela social dos doentes e seus dependentes, cuida da reabilitação e recolocação dos casos que as exigem, mas não intervem jamais no tratamento da doença.

Nessa base, as atividades de um Centro deste tipo serão dirigidas contra: Tuberculose, Silicose e outras afecções pulmonares crônicas; Cancer, Cardiopatias, Nefropatias, Angiopatias, Afecções da Vista, do Ouvido, da Palavra; Deficiências Locomotoras, como Poliomielite, Paralisias espásticas, Reumatismo, Sequelas de Acidentes; Afecções do Sistema Nervoso, como a Epilepsia; Perturbações Mentais; Malformações Congênitas ou Hereditárias; Doenças Alérgicas e Endócrinas, Doenças da Velhice; Moléstias da Nutrição, como Obesidade e Requitismo; Toxicomanias, especialmente o Alcoolismo; Moléstias Venéreas. Um Serviço Social deve completar o conjunto.

Este esquema deve ser adaptado às necessidades e possibilidades locais, que determinarão sua composição definitiva.

Em resumo, o Centro de Diagnóstico, Profilaxia e Reabilitação para Males Sociais prolongaria e completaria a ação dos Centros de Saúde; coordenaria as atividades de uma série de instituições hoje isoladas e formaria o escalão o mais elevado das instituições de Medicina Social.


# CAMPANHA DE SÓCIOS DO IPH

**PARA RECEBER REGULARMENTE ESTA REVISTA, PARA GOSAR DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA E OUTRAS REGALIAS, PARA COOPERAR NO APERFEIÇOAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR,**

INSCREVA-SE NO IPH

**Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares**

# A reabilitação de tuberculosos no Hospital São Luiz Gonzaga - Jaçanã

DR. LUIZ DIAS DE ANDRADE *

A reabilitação de incapacitados já não é mais novidade em nosso meio. Mutliplicam-se os serviços especializados nesse tipo de assistência e, o que é mais importante, difunde-se tanto no meio médico como no ambiente leigo a idéia da reabilitação, da volta à vida social ativa daqueles que sofreram diminuição de seu bem estar físico, mental e social.

Entretanto, há mais de dez anos atrás, quando J. O. Nébias iniciou a reabilitação de tuberculosos no Hospital São Luiz Gonzaga, em Jaçanã, muito diversa era a concepção social e, tanto o meio médico como o leigo, não alcançavam ainda a profunda significação dêsse tipo de assistência aos enfermos.

É evidente, no setor da reabilitação de tuberculosos, terem sido grandes as possibilidades trazidas pela nova terapêutica dessa enfermidade. Contudo, já anteriormente à fase do tratamento antimicrobiano, em outros países se tratava com sucesso da reabilitação de tuberculosos, razão pela qual foi iniciado êsse esfôrço pioneiro em Jaçanã.

O tratamento destinado a restaurar ao incapacitado a mais completa utilidade física, mental, social e econômica de que fôr êle capaz, é chamado usualmente Reabilitação.

Êste têrmo, como se depreende da própria definição acima, abrange um campo de ação muito vasto. Na realidade é mais amplo do que o da arte médica curativa, englobando-o. É a expressão ao conceito bio-psico-social da medicina.

Devido às repetidas e comuns confusões que encontramos relativas ao conceito de Reabilitação, queremos salientar de início alguns aspectos dêsse conceito geral.

Há o conceito que chamaríamos de social, a idéia de que há necessidade e conveniência em aproveitar, nos incapacitados, o que lhes resta de capacidade e, não deixá-los à margem da vida social ativa, devido à sua incapacidade. É pois uma idéia geral de reconhecimento do valor humano do indivíduo, mesmo após ter êle sofrido diminuição de sua capacidade, idéia essa oposta à de seleção dos mais completos. Outra característica fundamental, decorrente dessa ordem de idéias, é a transformação do conceito geral caritativo de auxílio aos incapacitados, pelo de desenvolvimento, nesse incapacitado, de valor real que o dispense da necessidade de auxílio caritativo.

Há o aspecto científico, que consiste no estudo dos processos e métodos adequados à obtenção dêsse aproveitamento da capacidade restante, fornecidos pelas ciências médicas, auxiliadas especialmente pela Sociologia, ou melhor pela Antropologia Cultural, pois depende o critério de Reabilitação dos conceitos de trabalho, de doença, de ociosidade, de dependência, de protecionismo, etc., da cultura ambiente.

Ainda com relação a êste aspecto científico, é oportuno lembrar não existir pròpriamente diferença quanto à Reabilitação de qualquer incapacitado. Os princípios básicos são os mesmos, quer se trate de amputados, paraplégicos, cegos, tuberculosos, etc. Entretanto, pelos característicos especiais da tuberculose, seja quanto a contágio, evolução, tratamento, critério de cura e, especialmente com relação às recidivas e casos residuais em instabilidade, justifica-se seu estudo em separado.

Finalmente, há o aspecto da arte, ou seja, da aplicação prática dêsses dois outros, mais precisamente do científico.

* Chefe-Médico do Serviço de Reabilitação

É principalmente ao atingirmos esta aplicação prática da reabilitação que surgem diferenças entre os vários elementos humanos interessados no processo. São diversas as concepções dos pacientes que vão ser submetidos ao tratamento, dos agentes que vão ministrar êsse tratamento, tanto médicos como de profissões para-médicas ou leigos; e também da sociedade mais ampla na qual se desenrola o processo.

Ora, sabemos muito bem que poderia ser arguido ser o conceito de reabilitação um só, muito bem definido e delimitado. Exato, não pomos absolutamente em dúvida essa realidade. Apenas salientamos que essa delimitação de campo, método e objetivos é do conhecimento apenas dos agentes. Ora, o processo de Reabilitação, desde que saia das elocubrações científicas e passe à aplicação prática, já não é mais privativo do agente. Assim sendo, por mais homogênea que seja a conceituação científica, a arte da Reabilitação terá que variar conforme o ambiente cultural em que fôr inserida.

Por isso mesmo, conforme a interrelação entre as idéias científicas e as concepções dos pacientes e da sociedade leiga, será a dinâmica do processo de Reabilitação.

Assim, não é tão sòmente oferecendo ao paciente o maquinário ou a ocupação julgada adequada pelo agente, que será garantido o sucesso da reabilitação. O paciente poderá obedecer, ou aceitar a solução apenas porque não tem outra, não estando convencido de sua capacidade restante, não estando pois imbuído da filosofia da reabilitação.

É freqüente ser considerado como reabilitado aquele indivíduo para o qual foi obtido um emprêgo, ou atividade remunerada. Para êste, foi resolvido apenas o problema econômico, pois seria excesso de valorização dos fatores econômicos na vida social e individual, considerá-lo como reabilitado.

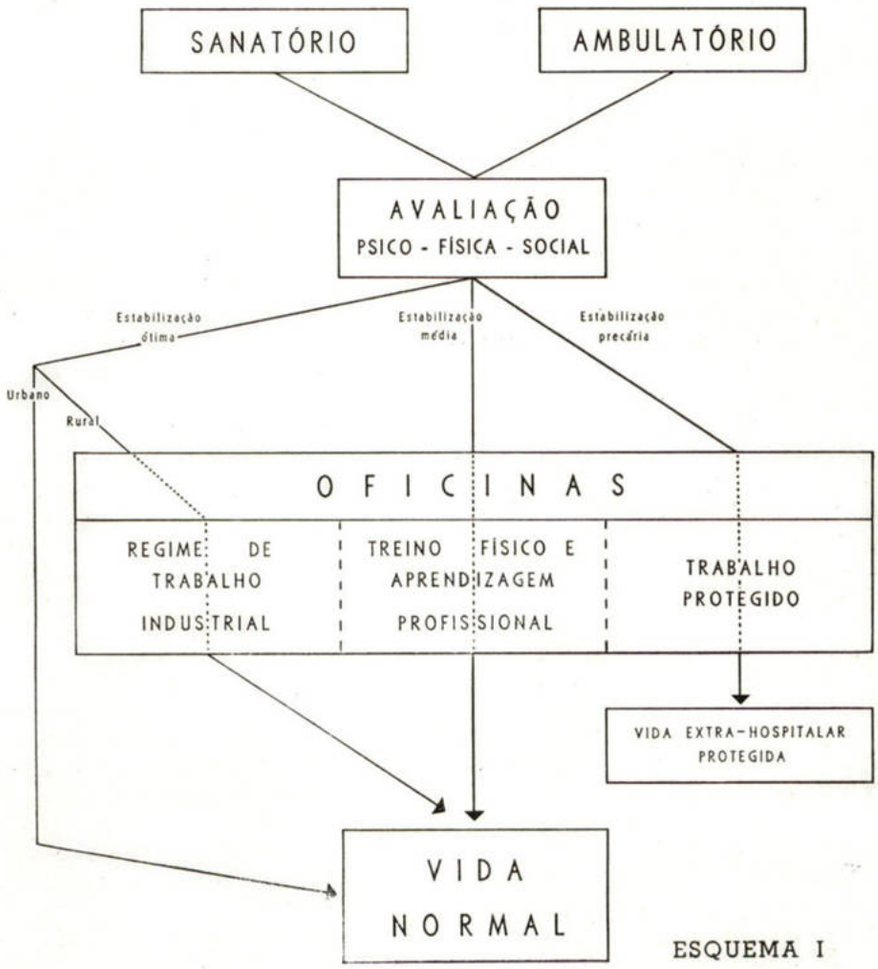
Essa confusão será sanada se atentarmos que a base para o critério de normalidade é a disposição para a vida profissional ativa. Ora, a disposição é consequência da saúde física e mental e necessita do fato material, que é o emprêgo, para se objetivar.

Em reabilitação, portanto, a volta ao trabalho é sintoma do bom resultado do tratamento e não a consequência do paternalismo de oferecer ao paciente a situação objetiva final, sem cuidar da doença psico-social.

Essa a nossa atitude no Jaçanã. Os pacientes trabalham em oficinas que simulam intencionalmente as correspondentes do ambiente são, sendo assistido na sua readaptação bio-psíco-social. Sòmente quando avaliados como suficientemente autônomos nas suas atitudes é que são indicados para objetivar sua disposição, pela atividade profissional extra-hospitalar

Para a consecução dêsses objetivos, foram montadas nas dependências do Hospital São Luiz Gonzaga, oficinas diversas, nas quais trabalham os pacientes em situação de asalariados. Estabeleceram-se oficinas de Tipografia, Tecelagem, Marcenaria, Sapataria, Radiotécnica, Montagem de guarda-chuvas, Al-

**SERVIÇO DE REABILITAÇÃO**
**Do**
**Hospital São Luiz Gonzaga**
**JAÇANÃ**




ESQUEMA I

faiataria, Costura, Posto de lubrificação e lavagem de automóveis, Instituto de Beleza, além de serviços de bar e anexos.
Para tôdas essas atividades são designados os pacientes, após a avaliação especializada de cada caso, com prescrição de tempo diário de trabalho, tipo de ocupação a desempenhar e salário a perceber.
Além disso, a própria intenção preponderante no tratamento reabilitador varia conforme o caso de cada paciente. Para alguns trata-se meramente de habituá-los a novo regime de trabalho, como sucede para aqueles provenientes de meio rural e que necessitam adaptar-se a trabalho de tipo industrial. Para outros, predomina a necessidade de obter treino físico, ou nova ocupação mais compatível com sua capacidade restringida. Finalmente, para outros, verdadeiros casos residuais, que aumentaram após as novas drogas antimicrobianas, trata-se de proporcionr oportunidade de trabalho fora do regime competitivo do exterior.
O esquema , resume, sob o aspecto do resultado do tratamento físico, os principais cuidados dispensados.
Evidentemente, as mesmas oficinas são utilizadas ao mesmo tempo para os diversos tipos de pacientes, cada qual cumprindo seu programa. A principal diferença entre os pacientes será justamente a estabelecida pela limitação física, daqueles casos de estabilização precária, cuja maioria é constituída pelos pacientes cujo tempo de vida foi prolongado pela moderna terapêutica, mas cuja limitação de capacidade é grande demais para permitir sua volta à vida competitiva no ambiente hígido, a não ser excepcionalmente, quando é possível obter mesmo fora do Hospital trabalho protegido.
Êsse sistema de trabalho reabilitador em oficinas, apresenta vantagens sob vários aspectos, tanto no que se refere ao paciente, como com relação à administração.
Com relação aos reabilitandos podem ser considerados os seguintes aspectos principais:

1) **Aspecto físico** — Trabalhando o paciente número de horas gradativamente crescente, em ocupação adequada, há verdadeiro treino físico. Êsse aspecto de treinamento deve ser feito em vida de trabalho e não simplesmente por ginástica ou exercício padronizado. O indivíduo tem necessidade de ser habituado aos esforços da vida diária de trabalho. Trabalhando em regime realista, a obtenção de treino é antes "sentida" do que "raciocinada" pelo paciente. Êsse geralmente não acredita nas afirmativas do médico que êle diz estar êle em boas condições físicas. A aceitação íntima é mais ràpidamente obtida pela constatação, por experiência própria, do que lhe permite sua situação.

2) **Aspecto profissional educacional** — O aprendizado de ofício compatível seria o ideal. Entretanto, a maioria dos pacientes não dispõe de conhecimentos do tipo escolar suficientes para êsse tipo de aprendizado. O aprendizado é feito no sentido de habituar o paciente a um dado tipo de ocupação adequada, à semelhança da situação do ambiente hígido onde os indivíduos de nível educacional equivalente não desenvolvem atividade em profissão, mas sim em ocupação.
Decorrente desse mesmo fato é a orientação vocacional feita no plano do tipo de atividade e não do tipo de profissão, pois é evidente ser tanto mais restrito o espectro das profissões disponíveis quanto menor fôr o lastro educacional do indivíduo.

3) **Aspecto econômico** — Sendo as atividades das oficinas compensadoras, sob o ponto de vista econômico, todos os pacientes percebem remuneração pelos serviços prestados. Esta é feita à base de hora de serviço prescrita pelo tisiólogo assistente e controlada por cartão de ponto. Atenua-se assim uma necessidade primária, ao mesmo tempo que se dá caráter de realismo profissional.

4) **Aspecto mental** — É evidente, sob o ponto de vista da psiquiatria, que as reações emocionais do paciente à tuberculose não são moldadas, construídas, na época da admissão no sanatório, nem na ocasião do diagnóstico. É a carga psíquica, que vem o indivíduo acumulando desde sua infância, que determina seu comportamento emocional, despertado e trazido à tona do psiquismo pelo fato objetivo da doença.
A nossa experiência psiquiátrica no Hospital São Luiz Gonzaga, permitiu-nos qualificar diversas atitudes reacionais dos pacientes. São reações ao meio, e não pròpriamente à tuberculose, que foram verificadas com caráter de generalidade, a doença pulmonar servindo, na verdade, sòmente de tema para o conflito situacional.
Influindo essas atitudes dos pacientes decisivamente na programação de seu tratamento reabilitador, julgamos de interêsse a sua exposição abreviada.
As atitudes reacionais de nossos pacientes são divididas em dois grandes grupos: A — Dependência e B — Pseudo-independência.
São dependentes aqueles que orientam suas vidas de acôrdo com a proteção social, passando a viver em função das atenções do meio ambiente.
1) Dentro dêsse tipo de reação, há indivíduos que adotam essa atitude passivamente sem manifestar indícios de agressividade nem de iniciativa, contentando-se em obedecer às determinações das autoridades. Sujeitam-se a qualquer trabalho que lhes for sugerido, pois não têm interêsse por nenhum.
2) Outros, porém, em vez dessa passividade, apresentam manifestações agressivas. São pacientes que exagerando sua autovalorização consideram sua dependência como um direito inalienável e, portanto, são sempre insuficientes as atenções recebidas. Dêsse modo, reagem agressivamente contra a sociedade e, ao mesmo tempo, revoltam-se contra a situação real de incapacidade. São pacientes difíceis de reabilitar e geralmente só controláveis pela psicoterapia individual.
3) No segundo grupo (pseudo-independentes) classificamos aqueles que procuram repelir a idéia de incapacidade e de dependência, na tentativa de reger suas vidas independentemente dessa situação. Aparentemente seria essa uma atitude sadia, que encaminharia o reabilitando com segurança no caminho da atuação social. Entretanto, a própria insistência da procura indica a idéia mais profunda da dependência. Trata-se pois de uma atitude de verdadeiro protesto, assumida como compensação e não uma reação construtiva.
É típica nesse caso a atitude aparente de otimismo exagerado. E' perigoso nêles o exagero do interêsse pela reabilitação. Atiram-se ao trabalho como se estivessem em verdadeira competição com os hígidos.
4) Outras vêzes, êsses pseudo-independentes recalcam a idéia de incapacidade, procurando evitar qualquer situação que possa despertar em si mesmos, ou na sociedade ambiente, a lembrança de sua situação física. Esta última atitude é mais comumente diagnosticada em pacientes de ambulatório, fato explicável, talvez, por sua situação em ambiente de supostamente hígidos. Entretanto, também entre internados encontramos êsse modo de reagir. São aqueles que afirmam que sòmente pensarão em voltar à atividade quando completamente curados dos sintomas aparentes de sua moléstia. É o tipo de paciente mais dócil ao repouso absoluto ou ao tratamento em estância climática.
Convém salientar que não damos a essa caracterização exposta um conceito estático. Um mesmo indivíduo, conforme a fase de sua doença ou de sua situação social, poderá abandonar um modo de reagir que lhe era habitual, passando a agir de um dos outros modos. Do mesmo modo, poderá o indivíduo manter-se equilibrado, como que equidistante da suas situações básicas, em situação de normalidade. Em qualquer dos tipos reacionais verificados, o estudo algo mais profundo revela, abstração feita das particularidades da carga mental de cada paciente, a fal-

ta de aceitação íntima da incapacidade. O indivíduo continua a avaliar as situações do ambiente e suas próprias possibilidades, tomando como referência a situação ideal do homem são.

O fenômeno psíquico da aceitação não é absolutamente o do conformismo. Êste indica passividade, inércia, enquanto que a aceitação implica em ultrapassar êsse conceito fatalista e, fazendo verdadeiro balanço psíquico da situação somática, reorganizar o sistema de valores e reiniciar a vida social nessas novas bases. Para promover essa aceitação, utilizamos os recursos do ambiente, colocando o indivíduo em situação de trabalho, verificando então êle, por sua própria experiência, as possibilidades de sua capacidade restante.

A psicoterapia paralela contribue para tornar conscientes as conclusões evidenciáveis por essa experiência. É trabalho de desenvolvimento do senso da realidade, ou seja, a socialização do indivíduo.

Com relação a administração, a necessidade de oferecer aos pacientes ambiente real de trabalho, trás consigo a consequência de deverem ser as oficinas organizadas de modo estritamente semelhante ao de suas congêneres no ambiente hígido.

Ora, é característica das atividades profissionais, pelo menos no nosso tipo de sociedade, a obtenção de lucro pelo trabalho realizado. Assim sendo, deverão também as oficinas de reabilitação oferecer lucro. Como afirmar Hochhauser, "produzir artigos não necessários e vendidos em bases sentimentais ou caritativas, não é econômicamente interessante, não trazendo contribuição nenhuma para o bem estar público, nem sendo de utilidade alguma para o levantamento do moral ou das perspectivas psicológicas dos pacientes".

Daí ser considerada a estruturação do nosso Serviço tomando como base as oficinas, administradas como se foram servidas por operários sãos e negociando no mercado externo em base competitiva. Essa administração leiga preocupa-se apenas com o êxito da empresa sob seu ponto de vista industrial e comercial, cuidando da obtenção da matéria prima e da colocação dos produtos manufaturados.

A chefia-médica do serviço é que cuida do elemento humano, que são os reabilitandos, cuidando de sua avaliação prévia como candidato ao trabalho na empresa e mantendo-os sujeitos a estreito contrôle no sentido de obter o melhor aproveitamento possível de sua capacidade restante, gradativamente e com o menor risco possível de sua saúde.

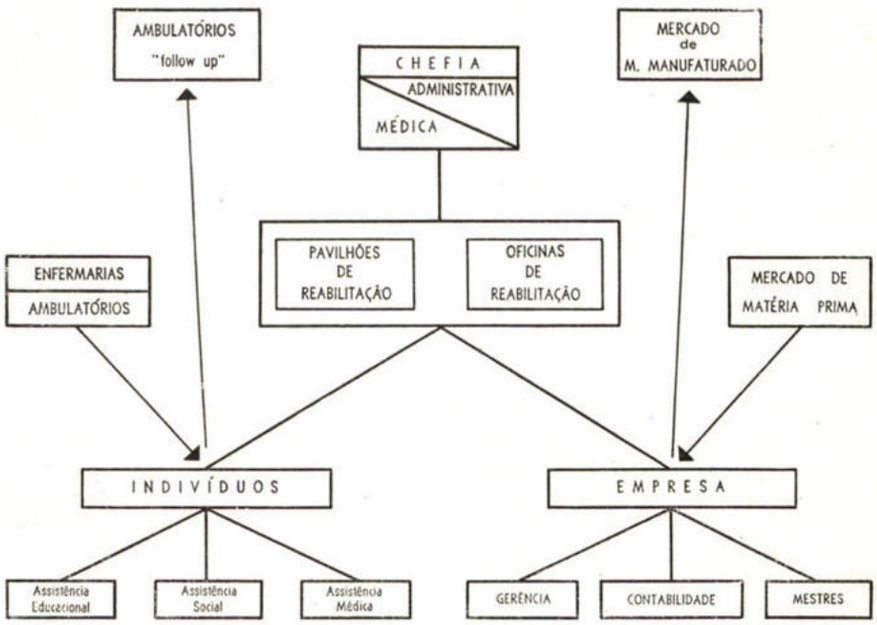
**Organização geral**

O esquema II, resume a organização geral do nosso Serviço. Nêle procuramos evidenciar a básica divisão dos dois aspectos principais de suas atividades: o cuidado do indivíduo e o cuidado com o ambiente no qual queremos inserido êsses indivduos. A Chefia do Serviço de Reabilitação é pois dividida teòricamente entre aquela que é encarregada da administração da emprêsa, como se foram as suas oficinas quaisquer outras congêneres do ambiente hígido, que recebessem como empregados os pacientes cuidados pela chefia médica.

É evidente ser indispensável o ajustamento perfeito na esfera das chefias médica e a administrativa, a qual na prática deverá funcionar como um ser harmônico, sob pena de fracasso de todo o trabalho de reabilitação.

Muitas vêzes, será necessário sacrificar a vantagem econômica da emprêsa, no interêsse da segurança dos pacientes. Outras vêzes será preciso evitar a orientação do reabilitando para um dado tipo de atividade de natureza artística, ou no sentido de diversão mascarada de artezanato. Trata-se, nestes casos, de verdadeira projeção, no sentido psiquiátrico do têrmo, dos desejos dos agentes. Essa atitude peca pela falta de realismo ao considerar o "status" dos pacientes. Êstes precisarão, quando reabilitados, ganhar suas vidas trabalhando e, não, distrair nas horas vagas cultivando supostas aptidões artísticas que a maioria não possue, pelo menos no caso da amostra humana com que lidamos.

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO
Do
Hospital São Luiz Gonzaga
JAÇANÃ




ESQUEMA II

# Recomendações da Conferência Internacional do Trabalho, sobre a adaptação e readaptação profissional de inválidos 1955

**Relatório IV da 38.a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho, realizada em Genebra, em junho de 1955, contendo recomendações sôbre Adaptação e Readaptação Profissional de Inválidos.**

Traduzido por
**FRIEDA DE BARROS CARVALHO**

**PROJETO DE RECOMENDAÇÃO REFERENTE À ADAPTAÇÃO E READAPTAÇÃO PROFISSIONAL DE INVÁLIDOS**

A Conferência geral da Organização Internacional do Trabalho, convocada em Genebra pelo Conselho de administração do Departamento Internacional do Trabalho, aí se tendo reunido em 1.o de junho de 1955, em sua trigésima-oitava sessão,

Após haver decidido que estas proposisições referentes à adaptação e readaptação profissional de inválidos, questão que constitue o quarto ponto na ordem do dia da sessão,

Após haver decidido que estas proporções tomariam a forma de uma recomendação,

adota neste dia... de junho de mil noveventos e cinquenta e cinco, a recomendação que se segue, que será denominada Recomendação sôbre a adaptação e readaptação profissional de invalidos 1955:

Considerando os vários e numerosos problemas que afetam as pessoas atingidas de invalidez,

Considerando que a adaptação e readaptação destas pessoas são essenciais para lhes permitir recuperar ao máximo suas capacidades físicas e mentais e para reintegrá-las no meio social profissional e econômico que possam desempenhar,

Considerando que, para satisfazer as necessidades de emprêgo de mão de obra, convém desenvolver e restabelecer as capacidades de trabalho dos inválidos combinando num processo contínuo e coordenado os serviços médicos, psicosociais, educativos, de orientação profissional e de colocação, incluindo o contrôle probatório,

A Conferência faz as seguintes recomendações:

I. **DEFINIÇÕES**

1. Para os fins da presente recomendação:

a) O termo "Adaptação e readaptação profissional", significam a fase do processo contínuo e coordenado de adaptação e readaptação que importa em por à disposição dos inválidos serviços próprios à lhes permitir obter e conservar um emprêgo de acôrdo com suas conveniências, êstes meios compreendendo notadamente a orien^ação profissoinal, formação profissional e colocação selectiva;

b) O termo "inválido" significa tôda pessoa cujas possibilidades de emprêgo são sèriamente reduzidas em consequência de uma insuficiência de suas capacidades físicas ou mentais.

II. **CAMPO DE APLICAÇÃO DA ADAPTAÇÃO E READAPTAÇÃO PROFISSIONAL**

2. Meios de adaptação e readaptação profissional deveriam ser postos à disposição de todo inválido, quaisquer que sejam a origem e natureza de sua invalidez e qualquer que seja sua idade, com a condição que possa ser preparado para exercer um emprêgo conveniente e que possa razoàvelmente esperar obter e conservar um tal emprêgo.

III. **PRINCÍPIOS E MÉTODOS REFERENTES A ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL, FORMAÇÃO PROFISSIONAL E COLOCAÇÃO DE INVÁLIDOS**

3. Todas as medidas necessárias e possíveis deveriam ser tomadas a fim de criar ou desenvolver serviços de orientação profissional encarregados de fornecer conselhos especializados aos inválidos que têm necessidade de ajuda para escolher ou mudar de profissão.

4. Os métodos utilizados em matéria de orientação profissional deveriam compreender, na medida em que as condições nacionais o permitem e segundo os casos particulares:

a) entendimento com um conselheiro de orientação;

b) exame dos antecedentes profissionais;

c) exame do currículo escolar e de todo outro documento atestando formação geral ou profissional recebidas;

d) exame médico para fins de orientação profissional;

**RUIDO E DOENÇA SÃO INCOMPATIVEIS**

**COOPERE COM A CAMPANHA PROMOVIDA PELO I.P.H. DE**

**"HOSPITAIS MAIS SILENCIOSOS PARA O BRASIL"**

e) utilização de testes de capacidade e aptidão apropriados e, se se deseja, outros testes psicológicos;
f) investigação sôbre os antecedentes pessoais e familiares;
g) determinação das aptidões e do desenvolvimento das capacidades por meio de experiências, estágios práticos ou meios similares;
h) exame técnico, oral ou outro, tôdas as vêzes que se tornar necessário;
i) determinação da capacidade física do interessado em relação às exigências das diversas profissões e determinação das possibilidades de aumento dessas capacidades;
j) comunicação de informações relativas às possibilidades de emprêgo e de formação e referentes às aptitudes, ao estado físico, às capacidades, preferências e à experiência do interessado, bem como às necessidades de emprêgo no mercado;
k) contrôle destinado a verificar se a colocação em um emprêgo ou a concessão de facilidades de formação ou de readaptação profissional se revelaram satisfatórias, e a apreciar o valor dos princípios e métodos nos quais se baseam os conselhos profissionais.

5. As medidas, métodos e princípios de formação-profissional aplicadas de modo geral para a formação das pessoas válidas deveriam ser aplicadas às inválidas, na medida que o permitem as condições médicas e pedagógicas

6. (1) A formação profissional dos inválidos deveria, tanto quanto possível, por os interessados em condições de exercer uma atividade econômica que lhes permita de utilizar seus conhecimentos ou aptidões profissionais, levando em contas as perspectivas de emprêgo;

(2) Para êste fim, esta formação deveria:
a) ser coordenada com uma colocação selectiva efetuada, após opinião médica, em emprêgo no qual a invalidez dificulte, o menos possível, a execução do trabalho;
b) ser dada, tanto quanto possível, na profissão precedente exercida pelo inválido ou em profissão similar;
c) ser levada a efeito até que o inválido esteja apto a trabalhar normalmente, em condições de igualdade com os trabalhadores válidos, se é capaz de o fazer.

7. Os inválidos deveriam, em tôda a medida do possível, ser formados profissionalmente em companhia de trabalhadores válidos e nas mesmas condições que êstes.

8. Meios especiais deveriam ser criados e desenvolvidos para a formação profissional dos inválidos, que, em consequência da natureza ou da gravidade de sua invalidez, não podem ser formados profissionalmente em companhia de trabalhadores válidos.

9. Medidas deveriam ser tomadas para encorajar os empregadores a assegurar a formação profissional dos inválidos. Estas medidas deveriam compreender, de acôrdo com as circunstâncias, assistência financeira, técnica, médica ou profissional.

10. (1) Medidas deveriam ser tomadas tendo em vista a adoção de disposições particulares para a colocação de inválidos.

(2) Estas disposições deveriam assegurar a eficácia do recrutamento e da colocação, por meio de:
a) registro dos candidatos a emprêgo;
b) registro de suas qualificações profissionais, experiências e gôsto;
c) entrevistas para fins de emprêgo;
d) contrôle, se necessário, de suas aptidões físicas e profissionais;
e) contacto com os empregadores a fim de encontrar emprêgo para o inválido ou avaliar sua capacidade;
f) todo outro serviço médico ou social que possa ser necessário.

## IV. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

11. Meios de adaptação e readaptação profissional deveriam ser organizados e desenvolvidos sob a forma de um programa coordenado e permanente dependente de autoridades competentes e, na medida do possível, deveriam fazer uso dos serviços existentes de orientação profissional, formação profissional e colocação.

12. A autoridade ou autoridades competentes deveriam velar para que um pessoal suficiente e realmente competente seja posto à disposição para se ocupar da adaptação e readaptação profissional de inválidos, incluindo o contrôle probatório.

13. O desenvolvimento dos serviços de adaptação e readaptação profissional deveria ser, ao menos, paralelo ao desenvolvimento dos serviços gerais de orientação e de formação profissional e de colocação.

14. Os serviços de adaptação e readaptação profissional deveriam ser organizados e desenvolvidos de maneira a fornecer aos inválidos a possibilidade de se prepararem para o exercício de profissões independentes, num ramo qualquer da economia, bem como de obter e conservar um emprêgo na profissão exercida.

15. A responsabilidade administrativa em matéria de organização geral e de desenvolvimento dos serviços de adaptação e readaptação profissional deveria ser, seja:
a) confiada a uma só autoridade;
b) dividida entre as autoridades encargadas de executar as diferentes atribuições constantes do programa, devendo uma destas autoridades ser especialmente encarregada de assegurar a coordenação das diversas atividades.

16 (1) A autoridade ou autoridades competentes deveriam tomar tôdas as disposições necessárias e desejáveis para assegurar a colaboração e a coordenação requeridas entre as instituições públicas e privadas que se ocupam da adaptação e readaptação profisisonal.

(2) Estas medidas deveriam abranger, segundo as circunstâncias:
a) determinação das atribuições e obrigações das instituições públicas e privadas;
b) concessão de uma ajuda financeira às instituições privadas que se ocupam realmente de adaptação e readaptação profissional;
c) fornecimento de conselhos técnicos às ditas instituições privadas.

17. (1) Os serviços de adaptação e readaptação profissional deveriam ser desenvolvidos com colaboração consultiva de âmbito nacional e, se oportuno, de ambito regional ou local.

(2) Estas comissões deveriam, de acôrdo com as circunstâncias, abranger:
a) representantes das autoridades e instituições diretamente interessadas na adaptação e readaptação profissional;
b) representantes de organizações de empregadores e de trabalhadores;
c) pessoas competentes por seus conhecimentos de adaptação e readaptação profissional de inválidos e de seu interêsse por esta questão;
d) representantes de associações de inválidos;

(3) As ditas comissões deveriam ser encarregadas de dar parecer:
a) em âmbito nacional, sôbre o desenvolvimento da política e dos programas de adaptação e readaptação profisional;
b) em âmbito regional ou local, sôbre a aplicação das medidas tomadas em âmbito nacional, sôbre sua adaptação às instituições regionais ou locais e a coordenação das atividades regionais ou locais.

18. (1) A pesquisa que tende a examinar e a beneficiar os serviços de adaptação e readaptação profissional de inválidos deveria ser favorecida e encorajada.

(2) Esta pesquisa deveria comportar, particularmente, estudos gerais ou especializados sôbre a colocação de inválidos.

## V. MEDIDAS DESTINADAS A FACILITAR A UTILIZAÇÃO PELOS INFÁLIDOS, DOS SERVIÇOS DE ADAPTAÇÃO PROFISSIONAL

19. Deveriam ser tomadas medidas a fim de permitir aos inválidos utilizar plenamente os meios de adaptação e de readaptação profissional postos à sua disposição sem perder no entanto o benefício dos auxílios da previdência social aos quais têm direito.

20. Estas medidas deveriam abranger:
a) reunião e difusão de informações sôbre a possibilidade de se beneficiar o inválido dos serviços de adaptação e readaptação profissional, bem como sôbre as vantagens que estes serviços oferecem aos interessados;
b) conceder aos inválidos ajuda apropriada e suficiente.

21. (1) Esta ajuda financeira deveria ser concedida em qualquer fase do processo de adaptação e de reabilitação profissional e deveria ser planejada de maneira a ajudar os inválidos a se prepararem para o exercício de profissões que lhes convenham, incluindo as profissões independentes, e para exercerem, efetivamente, uma profissão dêste gênero.

(2) Deveria abranger, a título gratuito, a disposição de serviços de adaptação e readaptação profissional aos inválidos, a concessão de auxílio de manutenção e, se necessário, de indenização para despesas de transportes, durante todo o período de preparação profissional que vise a obtenção de emprêgo, bem como a concessão de empréstimo ou donativos em espécie ou fornecimento de utensílios e equipamentos necessários.

22. Os inválidos que habitam regiões onde as perspectivas de emprêgo são limitadas, ou nos quais os meios de se prepararem para o exercício de uma profissão são limitados, deveriam se beneficiar de tôdas as facilidades, incluindo a

concessão de moradia e alimentação, para lhes permitir ocupar emprêgo e deveriam ter oportunidade de serem transferidos para regiões onde existem maiores possibilidades de emprêgo.

23. Os inválidos deveriam receber uma remuneração igual à dos trabalhadores válidos por um trabalho de valor igual.

## VI. COLABORAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS MÉDICOS E OS SERVIÇOS DE ADAPTAÇÃO E READAPTAÇÃO PROFISSIONAL

24. (1) Deveria ser instituida a mais estreita colaboração entre as autoridades e organismos encarregados do tratamento médico dos inválidos e os serviços que têm por finalidade assegurar sua adaptação e readaptação profissional; as atividades destas autoridades e organismos e as dêsses serviços deveriam ser coordenadas ao máximo.

(2) O objetivo desta colaboração e desta coordenação deveria ser:

a) velar para que o tratamento médico e, se indicado, o fornecimento de aparelhos de prótese apropriados facilitem o emprego posterior dos inválidos interessados e aumentem suas possibilidades de emprêgo;
b) ajudar a determinar se os inválidos estão áptos a se beneficiarem de uma adaptação ou readaptação profissional e se disto têm necessidade;
c) permitir de começo a adaptação ou a readaptação profissional o mais cêdo possível e no momento mais oportuno;
d) dar informações médicas em tôdas as fases da adaptação ou da readaptação profissional, se necessário:
e) ajudar a determinar a capacidade de trabalho dos inválidos.

25. Adaptação e a readaptação profissional deveriam começar durante o tratamento médico, sempre que possível e sob indicação médica.

## VII. MEDIDAS VISANDO O AUMENTO DAS POSSIBILIDADES DE EMPRÊGO PARA OS INVÁLIDOS

26. Deveriam ser tomadas medidas, em estreita colaboração com os organismos de empregadores e de trabalhadores, tendo em vista assegurar maiores possibilidades de emprego para os inválidos, levando em conta sua capacidade de trabalho, a fim de que possam obter emprêgo e conservá-lo.

27. Estas medidas deveriam abranger:

a) um trabalho de pesquisa e de informação permitindo analisar e determinar a capacidade de trabalho dos inválidos;
b) difusão de maneira contínua, de dados referentes sobretudo aos seguintes pontos:

i) comparação entre os inválidos e as pessoas sadias efetuando os mesmos trabalhos, no que diz respeito ao rendimento, produção, frequência de acidentes e ausências, estabilidade no emprêgo;

ii) métodos de seleção de pessoal baseados em exigências profissionais determinadas;

iii) métodos tendentes a adaptar ou a modificar as condições nas quais pode-se efetuar um trabalho, incluindo adaptações e modificações de utensílios, para facilitar o emprêgo dos inválidos;

c) medidas destinadas a evitar aos empregadores aumento de responsabilidade pessoal devido à cobertura de acidentes de trabalho e moléstias profissionais;
d) medidas destinadas a encorajar a criação e facilitar a direção de cooperativas de inválidos.

28. Desde que as condições prevalescentes n'um país e os métodos nêle seguidos o permitam, medidas deveriam ser tomadas para favorecer o emprêgo dos inválidos;

a) obrigando os empregadores a ocupar uma certa percentagem de inválidos;
b) reservando certos emprêgos aos inválidos;
c) fazendo com que as pessoas atingidas por invalidez grave tenham prioridade de emprêgo em certas profissões consideradas como apropriadas às suas capacidades.

## VIII. EMPRÊGO PROTEGIDO

29. (1) Medidas deveriam ser tomadas pela autoridade ou autoridades competentes, em colaboração com os organismos privados interessados, se indicado, visando criar e desenvolver as possibilidades de emprêgo protegido para os inválidos que não estejam aptos a enfrentar as condições normais de concorrência no mercado de emprêgo.

(2) Estas facilidades deveriam abranger a criação de ateliers especiais e a aplicação de disposições especiais em favor dos inválidos que, por razões físicas ou psicológicas, ou por dificuldades geográficas, não podem se locomover normalmente para ir e voltar do emprêgo.

30. As oficinas protegidas deveriam assegurar aos inválidos, sob vigilância médica e profissional eficaz, não sòmente um trabalho útil e remunerado, mas também possibilidade de adaptação profissional e de melhoria e, tôdas as vêzes que possível, transferência para emprêgo normal.

31. Conviria tomar, para os inválidos que não podem deixar suas casas, disposições especiais aplicadas de maneira a lhes assegurar, sob vigilância médica e profissional eficaz, trabalho a domicílio útil e rendoso.

32. Da mesma maneira que os salários e as condições de emprêgo dos trabalhadores em geral são fixados por lei, tais salários e condições de emprêgo deveriam se aplicar aos inválidos admitidos em emprêgo protegido.

## IX. DISPOSIÇÕES ESPECIAIS EM FAVOR DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES INVÁLIDOS

33. Os serviços de adaptação e readaptação profissional destinados às crianças e adolescentes inválidos em idade escolar deveriam ser organizados e desenvolvidos pelas autoridades encarregadas do ensino em cooperação com a autoridade ou autoridades encarregadas da adaptação e da readaptação profissional.

34. Os programas de ensino deveriam levar em conta o problema particular das crianças e adolescentes inválidos e o fato de que é necessário lhes dar as mesmas possibilidades que às crianças e adolescentes normais de receberem formação profissional compatível com sua idade, capacidade, aptidões e gostos.

35. Os serviços destinados às crianças e adolescentes inválidos deveriam ter como objetivo essencial reduzir, na medida do possível, as dificuldades de ordem profissional e psicológica que resultam de sua invalidez e lhes oferecer tôdas as possibilidades de se prepararem para o emprêgo mais apropriado às suas capacidades. A utilização dêstes meios deveria comportar cooperação entre os serviços médicos, sociais, pedagógicos e as pessoas que exercem tutela de crianças ou adolescentes inválidos.

36. (1) Instrução, orientação e formação profissional e colocação das crianças e adolescentes inválidos deveriam ser assegurados nos serviços destinados aos adolescentes e crianças normais, e deveriam ter lugar, sempre que possível, nas mesmas condições daquelas que beneficiam as crianças e adolescentes normais e em companhia dêstes últimos.

(2) Disposições especiais deveriam ser tomadas em favor daquelas crianças e adolescentes inválidos que não estão, devido à invalidez, em condições de se beneficiarem, da mesma maneira, das facilidades previstas para as crianças e adolescentes, normais que estes últimos e em sua companhia.

(3) Essas disposições deveriam abranger particularmente a formação pedagógica especializada dos educadores.

37. Medidas que deveriam ser tomadas para que as crianças e adolescentes nos quais o exame médico revele anomalias ou inaptude qualquer para emprêgo:

a) recebam tratamento médico necessário para eliminar ou atenuar a anomalia ou deficiência de que sofrem;
b) sejam encorajadas a frequentar escola ou orientados para ocupações susceptíveis de responderem a seus desejos e aptidões, sendo postas à disposição, para êste fim, possibilidades de formação.
c) que sejam beneficiados com uma ajuda financeira, se oportuno, durante o período de tratamento médico, de instrução ou educação profissional.

## X. APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA ADAPTAÇÃO E DA READAPTAÇÃO PROFISSIONAL

38. (1) Os serviços de adaptação e readaptação profissional deveriam ser adaptados às exigências e condições particulares de cada país e desenvolvidos progressivamente, conforme as ditas exigências e condições, e de acôrdo com os princípios enunciados na presente recomendação.

(2) Êste desenvolvimento progressivo deveria ter como objetivos principais:

a) demonstrar e desenvolver as qualidades profissionais dos inválidos:
b) fornecer, na medida que as circunstâncias o permitirem, possibilidade de emprêgo conveniente;
c) eliminar, no ponto de vista de formação profissional ou de emprêgo, os defeitos de uma discriminação em relação aos inválidos que não seja fundada sôbre a capacidade de trabalho.

39. A aplicação progressiva dos meios de adaptação e de readaptação profissional deveria ser favorecida pela concessão, quando possível, de assistência técnica consultiva e por tôda outra forma de colaboração internacional propícia a facilitar a instituição e aplicação de medidas de acôrdo com as exigências e condições dos diferentes países, incluindo a formação de pessoal necessário.

# PROJETO DE LEI N.º 2029

## CRIANDO O CONSELHO ESTADUAL DE ADAPTAÇÃO READAPTAÇÃO E COLOCAÇÃO DE INVÁLIDOS E PRESCREVENDO OUTRAS DISPOSIÇÕES

**apresentado á Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo em 15 de novembro de 1957 pelo**

DEPUTADO LUIZ ROBERTO VIDIGAL

PROJETO DE LEI N.º 2029

Capítulo I

**Disposições permanentes**

A Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo decreta:

Art. 1.º — Fica criado o Conselho Estadual de Adaptação, Readaptação e Solocação de Inválidos, subordinado à Secretaria da Saúde e de Assistência Social.

Art. 2.º — Incumbe ao Conselho Estadual de Adaptação, Readaptação e Colocação de Inválidos, na forma desta lei, proceder a estudos destinados a adaptar, readaptar e por à disposição dos inválidos serviços próprios, que lhes permitirem obter e conservar um emprêgo de acôrdo com suas conveniências. Êsses meios compreendem notadamente formação profissional, orientação profissional e colocação seletiva.

Parágrafo único — Para os efeitos desta lei será considerada inválida tôda pessoa cujas possibilidades de emprêgo sejam sèriamente reduzidas, em consequência de uma insuficiência das suas capacidades físicas ou mentais, e seja classificada como tal no Registro de Inválidos do Conselho.

Art. 3.º — O Conselho Estadual de Adaptação, Readaptação e Colocação de Inválidos será constituído por representantes das Secretarias do Trabalho e da Educação, do Instituto de Previdência do Estado e das instituições privadas idôneas, que se ocupem da adaptação e readaptação profissional e do amparo dos inválidos.

§ 1.º — Presidirá êste Conselho um membro da Secretaria da Saúde.

§ 2.º — Os membros oficiais do Conselho serão propostos pelas Secretarias de Estado respectivas e nomeados pelo Governador do Estado.

§3.º — Os representantes das instituições privadas serão propostos por elas e nomeados pelo Governador do Estado.

Art. 4.º — O Conselho se organizará, administrativamente, para boa marcha de seus trabalhos, na forma de comissões coordenadas entre sí, inclusive com pessoas estranhas, incumbidas de problemas técnicos específicos.

Art. 5.º — As medidas executivas necessárias à consecução dos fins desta lei serão encaminhadas ao Governador do Estado, que determinará providências legislativas e executivas que se fizerem necessárias.

Art. 6.º — Serão postos à disposição do Conselho os auxiliares necessários imprescindíveis ao desenvolvimento de seus trabalhos, designados nos têrmos da legislação vigente.

Art. 7.º — O Conselho, para atingir seus fins, poderá requisitar aos demais órgãos da administração pública e solicitar às entidades privadas especializadas a colaboração que se fizer necessária.

Art. 8.º — O Conselho tomará as seguintes medidas para assegurar a colaboração e coordenação entre as instituições públicas e privadas que se ocupem da adaptação e readaptação profissional e amparo do inválido:

a) determinação das atribuições e obrigações das instituições públicas e privadas;

b) concessão de uma ajuda financeira às instituições privadas que se ocupem normalmente da adaptação e readaptação profissionais e amparo do inválido;

c) fornecimento de conselhos técnicos às ditas instituições privadas;

d) criação de um banco de aparelhos ortopédicos, de um laboratório de aperfeiçoamento e de um sistema de facilidades financeiras para a obtenção dos mesmos aparelhos.

Art. 9.º — O Conselho estudará, criando quando for conveniente, subcomissões auxiliares, programas de adaptação e readaptação de inválidos, de âmbito regional e local, de acôrdo com as condições específicas de cada lugar.

Capítulo II

**Fins do Conselho de Adaptação, Readaptação e Colocação de Inválidos**

Art. 10.º — O Conselho terá em consideração os seguintes problemas especiais:

I — Orientação profissional, compreendendo

a) assistência social para reclassificação de inválidos;

b) exame de antecedentes profissionais;

c) exame médico para fim de orientação profissional;

d) utilização de testes de capacidade e aptidão apropriados ou outros testes psicológicos;

e) determinação das aptidões e desenvolvimento da capacidade, por meio de experiências, estágios práticos ou meios similares;

f) determinação de capacidade física do interessado em relação às exigências de diversas profissões e empregos;

g) contrôle destinado a verificar se a colocação no emprêgo ou facilidade de formação ou readaptação profissional se revelaram satisfatórias.

i;

II — A formação profissional, compreendendo ..

a) colocação seletiva do inválido, após opinião médica;

b) colocação do inválido, quanto possível, em profissão igual ou similar à exercida antes da invalidez;

c) igualdade com os trabalhadores válidos, se o inválido tem o mesmo rendimento;

d) formação profissional do inválido, quanto possível, junto a trabalhadores válidos;

e) meios especiais para inválidos de capacidade reduzida de trabalho;

f) medidas para encorajar os empregadores a asegurar a formação profissional do inválido mediante assistência técnica, médica e profissional.

III — A colocação profissional, compreendendo :

a) registro dos candidatos a emprêgo;

b) registro das suas qualificações profissionais;

c) contrôle das aptidões físicas e profissionais dos inválidos classificados;

d) levantamento do mercado de emprêgo.

Art. 11.º — Ficam estabelecidas, por fôrça desta lei, as seguintes medidas, destinadas a permitir aos inválidos utilizar plenamente os meios de adaptação, readaptação e colocação profissionais.

I — Reunião e difusão de informação sôbre a possibilidade de se beneficiar o inválido de serviços de adaptação, reaptação e colocação, bem como as vantagens que êstes serviços oferecem aos interessados;

II — conceder aos inválidos ajuda adequada e suficiente, mediante a criação de cursos específicos nas escolas industriais e comerciais dependentes do Estado:

a) O Executivo enviará mensagem à Assembléia, dentro de sessenta dias da promulgação desta lei, propondo a criação dêsses cursos e concessão dos recursos necessários no orçamento estadual;

b) eliminar, nas admissões aos cursos regulares de ensino os defeitos de uma discriminação, em relação aos inválidos, que não seja fundada na capacidade de estudo;

c) o Conselho realizará acôrdo com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial — SENAI e com o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial — SENAC, por meio de seus departamentos regionais, sôbre a criação de cursos especiais para inválidos.

Art. 12.º — O Conselho estudará e proporá ao Executivo a adoção de medidas destinadas à criação de Cooperativas de Inválidos.

§ 1.º — Serão Cooperativas de Inválidos aquelas que empreguem pelo menos 50% de mão-de-obra de pessoas adaptadas e readapatdas inscritas no registro do Conselho.

§ 2.º — O Executivo as considerará de utilidade pública e terão preferência como fornecedoras do Estado.

§ 3.º — A Caixa Econômica do Estado proporcionará crédito hipotecário para o financiamento das atividades das cooperativas compreendidas no parágrafo anterior, até o limite estabelecido por regulamento especial.

Capítulo III

**Crianças e Adolescentes**

Art. 13.º — O Conselho organizará serviços especiais de adaptação e readaptação profissionais destinados a crianças e adolescentes inválidos, com o objetivo de reduzir a dificuldade de ordem profissional ou psicológica que resulte de sua invalidez.

Art. 14.º — Até 90 dias depois de promulgada esta lei o govêrno deverá promover a reforma dos programas de ensinos nas escolas de sua criação, levando em conta a situação dos inválidos, dando-lhes as mesmas possibilidades que às crianças e adolescentes normais.
Parágrafo único — Estas disposições deverão abranger a formação especializada de educadores.

Capítulo IV

**Disposições Transitórias**

Art. 15.º — O Conselho de Adaptação, Readaptação e Colocação de Inválidos estudará e idnicará ao Executivo quais são as profissões adequadas ao emprêgo de inválidos.

Parágrafo único — O Executivo enviará mensagem, sessenta dias após a promulgação desta lei, à Assembléia Legislativa, reservando o exercício dêsses emprêgos a pessoas inválidas registradas no Conselho.

Art. 16.º — O Executivo enviará mensagem, sessenta dias depois de promulgada esta lei, propondo a criação dos seguintes cargos permanentes na Secretaria da Saúde:

a) médico psicólogo especialista na recuperação psiquica do inválido;

b) médico especialista para terapia ocupacional dos inválidos;

c) assistente social para a reclassificação de inválidos.

Capítulo V

**Disposições Gerais**

Art. 17.º — Ficam eliminadas do Estatuto dos Funcionários públicos tôdas as disposições discriminatórias em relação aos inválidos, que não sejam fundadas na capacidade de trabalho.

Art. 18.º — Serão considerados relevante e lhes será outorgado um diploma com essa referência, aos seguintes serviços:

a) do empregador que utilize pelo menos 3% de mão-de-obra de inválidos empregados através de indicação do Conselho;

b) dos membros do Conselho;

c) das instituições privadas;

d) daqueles que incluam adaptação e modificação de utensílios e ferramentas, para facilitar o emprêgo de inválidos.

Art. 19.º — As despesas com a execução da presente lei correrão por conta das verbas próprias do orçamento no primeiro exercício e depois serão inscritas regularmente nas despesas ordinárias do orçamento da Secretaria da Saúde e Assistência Social.

Art. 20.º — Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 21.º — Revogam-se as disposições em contrário.

**JUSTIFICATIVA**

Propomo-nos encaminhar às doutas comissões técnicas da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, um projeto que visa legislar sôbre o amparo e recuperação social dos inválidos. Partimos de uma conceituação determinada do termo inválido que permitirá ao legislador configurar com precisão o alcance da ação assistencial, permitindo-nos sugerir, ao mesmo tempo, uma série de medidas — criação de um Conselho, registro de inválidos, serviços de adaptação, estudos de mercados de trabalho, orientação ocupacional, cooperativas, bancos de membros artificiais, assistência de crianças e adolescentes, etc., que darão forma à legislação paulista neste capítulo tão importante da assistência social que o Estado é obrigado a realizar.

Nos grandes países europeus — Inglaterra, França e Alemanha — e em nosso continente — EE. UU. e Canadá — os tristes resultados de duas guerras em quatro décadas tornaram urgente o problema assistencial do inválido. Desenvolveram-se, também, as técnicas médicas de diagnóstico e recuperação do inválido. Leis sábias e protetoras permitiram que uma boa parte daqueles que tinham deficiências físicas obtivessem assistência para orientação, formação e colocação profissionais. As experiências dêsses países serviu grandemente para orientar a redação do projeto de amparo que temos a honra de apresentar à consideração dos senhores deputados paulistas. Devemos destacar o trabalho da assistente social Evangelina Leiva que, como bolsista da ONU, teve oportunidade de visitar os serviços de adaptação e readaptação profissional na Inglaterra e França, apresentando, depois, um extenso relatório sôbre o grau de adiantamento daqueles serviços nos países sitados ao mesmo tempo úteis sugestões para serem adotadas em nosso país.

Outra fonte de informação, que nos foi de grande proveito, se encontra na Carta da OIT de junho de 1955 onde se incluem importantes recomendações sôbre a matéria aos países membros da organização.

Na redação de nosso projeto, utilizamos a experiência internacional sôbre a matéria, tratamos de adaptar as disposições à nossa realidade social, tendo em conta as limitações de uma legislação estadual sôbre a matéria.

Destacamos sobretudo, a necessidade da centralização dêstes serviços, de acôrdo com as melhores recomendações dos entendidos, centralização que expressamos na formação de um Conselho, de organização colegiada, para administração geral dos serviços assistenciais.

Nos termos de nossa proposição acentua-se a necessidade da colaboração das instituições privadas. Nossa experiência previdencial em organismos como o SESC e SENAC demonstraram-nos a eficiência, a generosidade e o elevado grau de consciência cívica com que, desinteressadamente, os empreendedores particulares se dedicam às atividades assistenciais.

Ao mesmo tempo que o Estado pode reservar uma série de empregos para aleijados, cegos e outras classes de inválidos, o empresário particular pode compreender que, dando ocupação aos inválidos formados e orientados profissionalmente, adquire elementos preciosos de colaboração, como o demonstra a experiência internacional.

Propomos disposições permanentes e transitórias porque cremos que o processo assistencial está sujeito a progressivo aperfeiçoamento. Sugerimos audiência pública, convidando a todos aqueles que em nosso Estado se destacam no conhecimento dos problemas assistenciais. A Assembléia Legislativa de São Paulo terá oportunidade de legislar sôbre uma matéria que, todavia não foi tratada em nosso país com a urgência que sua gravidade requer e, com a colaboração dos entendidos, formular sábias disposições que deverão ser imitadas, para benefício da comunidade, pelos outros estados e pela mesma legislação federal.

. . . . . .

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Propomos a criação do cargo de assistente social para reclassificação de inválidos, cargo que nos parece de grande importância. Deverão receber cursos especiais sôbre organização industrial, sôbre princípios de técnicas? colaboração; conhecimento de têrmos médicos, de técnica de reabilitação médica e dos problemas de limitação das diferentes classes de inválidos.

Uma das maiores funções do assistente social de reclassificação de inválidos, em contacto com os empregados, é a orientação do doente quanto à escolha de trabalho onde a sua capacidade não seja empecilho grave.

O sistema de quotas nos países que o adaptaram muito fez em benefício do emprêgo das pessoas deficientes e os empregadores estão convencidos da capacidade de trabalho dessa categoria de trabalhadores. Provaram que são bons operários e frequentemente melhores do que os sadios. Empregos reservados são destinados àqueles de habilidade física ou mental limitada. Os empregados reservados estão limitados a duas categorias: ascensoristas e olheiro de automóveis. Atualmente se reconhece que os deficientes podem, quase sempre, ser colocados em condições de trabalho normais. É igualmente reconhecido que não se deve insistir na idéia de invalidez, como aconteceria, se se aumentasse o número de empregados reservados.

O sistema britânico de reabilitação é baseado num sistema de continuidade. Seu objetivo é fornecer um serviço unificado, começando da admissão do indivíduo no hospital e continuando até que tenha atingido e retomado uma vida normal ou tanto quanto possível normal.

Para o Brasil é necessário um programa de ordem geral, de execução paulatina, e outros especiais e imediatos.

1.o — Estabelecimento de um programa de ordem geral e nacional para a solução dos problemas de readaptação e de reclassificação profissional de todos os deficientes adultos.

Do ponto de vista paulista é preciso criar um Conselho de Readaptação e Reabilitação de Inválidos, que concentre todos os serviços necessários.

2.o — Elaboração de uma legislação de proteção e ajuda ao inválido físico, mental e sensorial, de maneira a assegurar a percentagem de lugares reservados aos deficientes nas administrações e emprêsas privadas; b) empregos exclusivamente reservados aos deficientes; c) criação de oficinas protegidas, que permitam emprêgo ajustado ao seu gráu de incapacidade, e aos quais é necessário determinado rítmo de trabalho.

3.o — Levantamento estatístico de todos os deficientes por ordem de incapacidade e por região.

4.o — Levantamento estatístico das obras hospitalares e de educação geral e profissional para adultos.

5.o — O estudo do mercado de trabalho no Estado.

6.o — Propaganda e divulgação das idéias, tendo em vista despertar a consciência dos responsáveis, das autoridades, empregadores e sua recuperação.

7.o — A instituição de um "Dia" de benefícios para as obras destinadas a êsse fim, bem como de um sêlo.

8.o — Estudo das diversas atividades de trabalho pelos médicos do trabalho.

9.o — Intensificar a criação das associações de doentes, ainda pouco numerosas.

10.o — A criação de centros de formação profissional, exclusivamente destinados aos inválidos.

11.o — Comunicação com as organizações internacionais destinadas ao mesmo fim.

12.o — Concessão de bolsas de aperfeiçoamento para técnicos e encarregados da reabilitação de inválidos.

## MEDIDAS DE ORDEM ESPECIAL E EXECUÇÃO IMEDIATA

1. Formar um corpo de agentes de trabalho, que terá por função interessar industriais e comerciantes na atividade de reabilitação.

2. Classificação dos que precisam readaptação e reclassificação, aceitando os casos possíveis de recuperação.

3. Instalar nos hospitais, sanatórios e ambulatórios existentes serviços de readaptação: cuidados médicos para a recuperação orgânica e funcional, pré-orientação profissional, cursos de cultura geral, organização de terapia ocupacional, etc.

4. Entendimentos com o SENAC e o SENAI para a utilização das suas instalações e serviços a fim de organizar cursos destinados aos deficientes.

5. Formação de um centro de orientação profissional.

6. Organização de uma oficina protegida.

---

## COMISSÃO DE REABILITAÇÃO DOS INVÁLIDOS DAS FORÇAS ARMADAS (CRIFA)

Esta organização, fundada pouco depois da guerra transata, está atualmente em fase de quiescência. Com a instabilidade, devida à longa tramitação de projeto de lei propondo sua extinção, e a celeuma provocada quando um inválido era removido do seu centro, por inadaptavel, foi sendo transformado em simples asilo. Tenta seu atual chefe, o general Lima Tavares, recuperá-la para os fins a que se deve destinar. Muitas dificuldades se lhe antepõe neste caminho.

Entretanto, acreditamos que o centro poderia voltar a prestar bons serviços, desde que:

1) fosse limitada para um ano, no máximo, e 6 meses, em média, a permanência de inválido no centro; sòmente em caso de readaptação à profissão não afim à profissão primitiva este prazo poderia sofrer extensão por mais um ano;
2) forem removidos para asilo os inválidos antigos que lá se acham, sem aproveitamento das facilidades existentes;
3) sòmente fosse concedida a reforma definitiva dos militares para ela encaminhados, depois de concluido seu estágio no centro da CRIFA, e de acôrdo com o parecer de seu corpo técnico. Muitos inválidos sob o ponto de vista militar são perfeitamente aptos para abraçar uma profissão civil, o que deve ser encorajado de todos os modos, **inclusive** facilitando-lhes os meios para se instalar por conta própria, onde parecer promissor, ou dando-lhes uma compensação única por invalidez residual parcial;
4) dado o número diminuto de inválidos militares em tempo de paz, a capacidade do centro deveria ser completada com subválidos civís, segurados dos IAPs e das CAPs, mediante convenio, e também antes de lhes ser concedida aposentadoria definitiva; com isto poderia ser introduzido mesmo um estimulo de emulação, que muito beneficiaria os resultados;
5) justificar-se-ia então uma dotação financeira à altura para provê-la com os técnicos e as facilidades ainda faltantes.

WILMA SEABRA MAYER

# PAPEL, FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA REABILITAÇÃO, NOS E. U. A.

## PAPEL DO ORIENTADOR PROFISSIONAL

O papel do Orientador Profissional no processo de reabilitação varia de acôrdo com as finalidades e funcionamento da obra para o qual êle trabalha. Assim, em algumas instituições estaduais de reabilitação profissional, nos Estados Unidos, o Orientador Profissional pode atuar como coordenador da equipe de profissionais entre os quais mencionaremos o médico, o psicologista, o terapista ocupacional, o assistente social etc. Dentro dessa equipe, êle é responsável em auriliar a pessoa incapacitada a obter um emprêgo compatível com sua capacidade e preparo. O orientador também auxilia o cliente em seu problema de ajustamento profissional e faz a proservação (follow up) do caso. Em outras obras o papel do orientador profissional pode ser mais específico e sua função pode ser considerada auxiliar.

## FUNÇÕES DO ORIENTADOR PROFISSIONAL

As funções do Orientador Profissional variam de meio para meio. Assim, há obras estaduais de reabilitação profissional onde o Orientador Profissional tem funções mais gerais, não só atuando como orientador, mas sendo também responsável em auxiliar o cliente em suas necessidades econômicas, vocacionais, psicológicas, legais, médicas e educacionais. Êle se esforça por obter, integrar e coordenar a melhor assistência profissional que venha atender às necessidades do cliente.

**Nos Hospitais para Veteranos de Guerra**, a função do Orientador constitui parte integrante da assistência médica proporcionada aos pacientes, e, até certa extensão, êle tem a responsabilidade de coordenar os serviços profissionais para obter um ótimo reajustamento profissional do cliente. A avaliação do potencial vocacional do cliente é outra de suas funções, e essencial para o reconhecimento de fatôres fundamentais para a formulação de programas terapêuticos. O Orientador é responsável pelo emprêgo compatível com as limitações do cliente. A proservação também é da responsabilidade dêle, até que o ajustamento profissional se verifique.

**No Departamento de Benefícios para Veteranos**, o Orientador Profissional é responsável em assistir o veterano de guerra a selecionar a vocação em função de seus interêsses, aptidões, capacidades funcionais em termos das exigências físicas e psicológicas da ocupação. Para tanto o O.P. faz uma avaliação total da potencialidade vocacional do cliente. Ainda que nesta obra não trabalhe no campo médico, o O.P. conferencia frequentemente com o médico consultante e com outros especialistas no campo médico. Trabalha também como membro do Conselho de Reabilitação profissional onde seu auxílio é requerido. Proporciona orientação para casos que apresentam problemas de ordem pessoal e emocional, problemas êstes que estão interferindo nos progressos da reabilitação. O O.P., nesta agência, não é responsável pelo treinamento, colocação do cliente e proservação do caso.

**Em outras obras**, a função do O.P. está sendo desempenhada por outros profissionais como, por exemplo, visitamos comunidades onde o assistente social tem mais essa função. Isso, não quer dizer que essas funções não devam ser distintas.

Uma das mais importantes funções do O.P. é o seu bom relacionamento com o pessoal de outras obras e com outros profissionais.

É importante, não só conhecer os recursos especializados da comunidade, como também ser capaz de selecionar os serviços mais adequados à pessoa, e saber a qual obra recorrer em caráter consultivo. Em alguns casos mais complexos êle poderá solicitar a colaboração de agências oficiais, particulares ou voluntárias para assistir o cliente ou sua família, contribuindo, destarte, para sua total reabilitação.

## RESPONSABILIDADES DO ORIENTADOR PROFISSIONAL DENTRO DO CAMPO DA REABILITAÇÃO

O objeto da orientação profissional dentro do campo da reabiiltação é a pessoa incapacitada. O Orientador se responsabiliza em atender às necessidades médicas, psicológicas, sociais, econômicas e vocacionais do cliente. Isso é feito através de uma avaliação dos problemas apresentados e através de um melhor conhecimento do indivíduo e do meio onde êle vive. O Orientador auxilia o cliente no reconhecimento de suas dificuldades e, ao mesmo tempo, procura desenvolver-lhe a capacidade para vencê-las. Êle auxilia o cliente a escolher uma profissão e a formular um plano de reabilitação que venha a se concretizar, procurando proporcionar os meios necessários à realização dêsse plano.

A atuação do Orientador Profissional se faz através de um processo de relacionamento com o cliente e implica também na manipulação dos recursos do ambiente com vistas para a unificação de todos os serviços de reabilitação num plano organizado de trabalho. O Orientador auxilia a pessoa deficiente a avaliar suas possibilidades e limitações, a entender e a procurar resolver os seus problemas. Para localizar e selecionar casos o Orientador Profissional estabelece e mantém um bom entrosamento com a organização da comunidade. Êle interpreta o que seja reabilitação, encoraja e recebe encaminhamentos de indivíduos incapacitados que possam ser reabilitados. Obtém informações preliminares sôbre as pessoas encaminhadas à obra e avalia essas informações. Explica as finalidades e regulamentos da instituição para onde trabalha. Determina a elegibilidade do cliente. Para avaliar o indivíduo incapacitado, o Orientador deverá entrevistá-lo para saber quais são suas necessidades e interêsses, sua base educacional e profissional, a história psicológica, médica e social. Ao reunir os dados econômico-sociais o O.P. revê os antecedentes (background) da família do cliente, seu relacionamento com os familiares e outros grupos, como dispende suas horas de lazer etc. O Orientador usa relatórios, o que proporciona uma avaliação contínua do cliente e de seus progressos no processo de reabilitação.

Para obter informações sôbre a base educacional e vocacional do cliente, o orientador profissional estuda a educação que êle teve, seu treinamento e história profissional, suas preferências e desinterêsses na escola e na profissão, seus interêsses, seu conceito de si próprio tanto na vida escolar como profissional. Para obter informações psicológicas o Orientador Profissional administra ou facilita a administração de testes psicológicos para determinar o nível mental, aptidões, interêsses e características da personalidade do cliente. Para reunir informações médicas e psiquiátricas o Orientador Profissional encaminha o cliente para os exames e serviços adequados.

O Orientador Profissional trabalha com o cliente no desenvolvimento de um plano vocacional e de reabilitação. O O.P. explica e interpreta os resultados da avaliação; e discute possíveis oportunidades vocacionais com o cliente. Presta atenção às diferenças individuais, proporciona informação sôbre oportunidades de trabalho e de educação e outras correlatas para auxiliar o cliente em seu plano. Ajuda o cliente a reconhecer suas limitações para a seleção de um plano vocacional. Êle e o cliente fazem planos para a restauração física, para o treino e outros serviços necessários à consecução do objetivo. Orienta o cliente a outras obras, onde possa encontrar auxílio econômico, social, médico e outros que não sejam da alçada de sua agência. O Orientador Profissional é o coordenador do plano de reabilitação. Êle seleciona as agências e os serviços a serem prestados ao cliente e entra em contacto com essas agências para tal prestação de serviços. Toma providências para assistir o cliente em suas necessidades econômicas, de transporte, de aluguel de casa. Auxília o interessado com relação aos seus problemas de cidadania e de acidentes no trabalho. Supervisiona e avalia o progresso do cliente, durante a execução do plano total de reabilitação. O O.P. tem a responsabilidade de conseguir o mais adequado emprêgo para o cliente, proporcionando-lhe experiência no próprio local de trabalho ou em outro local de treinamento. Proservação (follow up) com o cliente e com o empregador é também parte do plano de reabilitação.

O O.P. realisa outras atividades que venham de contribuir para a realização de sua função central, qual seja orientar o cliente a uma função compatível com sua limitação. São elas: obter informações sôbre as ocupações e educação, assim como informações correlatas; obter informações dos empregadores, sindicatos, associações de classe e outros grupos com relação ao mercado de trabalho; usar recursos para treinamento vocacional oferecidos pelas escolas, colégios e outras instituições; fazer a sua própria análise, das ocupações e do mundo de trabalho. O Orientador Profissional pode ainda orientar e supervisionar os serviços den-

tro de um sistema educional. Êle pode ser consultado em base profissional na sua própria organização ou por outras agências na comunidade. Pode, ainda, ter papel consultivo em conferências de casos, em centros de reabilitação, clínicas etc.
Com relação às suas funções administrativas, o Orientador Profissional precisa possuir responsabilidades para tomar conta de seus casos, fichários, relatórios, correspondência, supervisão, etc.
A função do Orientador Profissional, especialmente numa comunidade pequena, envolve o reconhecimento da posição daquela comunidade, como também um esfôrço para fazer com que esta comunidade reconheça as necessidades das pessoas incapacitadas.
Especìficamente, as atividades do O.P. são ligadas à compreensão que o público tem para com a pessôa deficiente. E' importante que a própria comunidade defina o problema e apresente soluções para atacá-lo. O O.P. precisa reconhecer o valor que os líderes, especialmente os não profissionais, têm em caso de planejamento, financiamento, orçamento e nas relações públicas.
É imprescindível desenvolver por tôdas as formas os recursos necessários à reabilitação com ênfase na responsabilidade da comunidade nas necessidades gegais e específicas da reabilitação.
O Orientador Profissional, a par de todas essas funções, deve conservar os seus conhecimentos profissionais atualizados, estudar sistemàticamente a comunidade onde trabalha, atender às reuniões de associações profissionais cujos programas tratem de aspectos de reabilitação.

## QUALIDADES DO ORIENTADOR PROFISSIONAL

Para que a reabilitação de uma pessoa incapacitada seja bem sucedida, todos os profissionais dentro da equipe de trabalho e especialmente o Orientador Profissional devem ser competentes dentro do seu campo de atuação. Para que o Orientador-Profissional seja competente, êle deve dominar uma série de conhecimentos, dentre os quais mencionaremos:

1 — Possuir compreensão do crescimento e desenvolvimento do ser humano, conhecer o efeito que as experiências vividas na infância e na adolescência possam ter no comportamento dos adultos.

2 — Conhecer a anatomia e fisiologia humana, e com os efeitos do doença ou do acidente repercutem sôbre a estrutura física e sôbre as funções, comportamento e personalidade da pessoa humana.

3 — Possuir um conhecimento das condições mentais e emocionais que afetam o ajustamento vocacional e social do cliente; conhecer a natureza dêsses fenômenos, o seu desenvolvimento e causa provável dos mesmos.

4 — Ser capaz de descobrir e identificar as manifestações da incapacidade, sejam de ordem física ou mental e, relacioná-las ao ajustamento social e vocacional do cliente.

5 — Familiarizar-se com as informações médicas, com o tratamento, prótese, serviços e instrumentos destinados a amenizar os efeitos da deficiência.

6 — Usar métodos e técnicas individuais de trabalho para auxiliar o cliente a chegar a uma compreensão dos seus problemas e potencialidades, planejando construtivamente a sua própria reabilitação.

7 — Estabelecer e manter uma boa relação com o cliente.

8 — Fazer a análise do trabalho em termos das exigências físicas, do treino necessário e das condições de trabalho. Analisar as informações médicas e interpretar a relação existente entre a deficiência em si e as exigências do trabalho.

9 — Compreender o papel que a inteligência, aptidões, interêsse e base educacional do cliente representam em relação às exigências de uma determinada ocupação.

10 — Conhecer as organizações da comunidade, os regulamentos e limitações dos serviços à disposição dos clientes.

11 — Saber usar os serviços da comunidade que possam atender aos problemas apresentados pelas pessoas incapacitadas e manter bom relacionamento com os mesmos.

12 — Ser capaz de analisar as necessidades que a comunidade tem sôbre reabilitação e organizar recursos que venham de atender a essas necessidades.

13 — Saber como desenvolver as atribuições administrativas inerentes ao trabalho do Orientador.

14 — Ser capaz de distribuir o tempo da maneira mais econômica possível.

15 — Ter capacidade para analisar relatórios com informações médicas, psicológicas e sociais e, interpretá-los de acôrdo com as necessidades do cliente.

16 — Possuir habilidade para desenvolver estudos e pesquisas baseadas nas experiências de trabalho, interpretar êsses estudos e pôr em prática os resultados.

17 — Ser capaz de usar os serviços que existam em caráter consultivo dentro e fora da instituição.

18 — Compilar informações relacionadas às tendências industriais, ocupacionais e ao mercado de trabalho. Obter informações sôbre as possibilidades e oportunidades de trabalho, características e certas comunidades.

19 — Ser capaz de obter informações sôbre as ocupações e, usá-las eficientemente na Orientação Profissional.

20 — Saber interpretar as capacidades potenciais de trabalho do cliente e obter a colaboração dos empregadores para o emprêgo das pessoas incapacitadas.

21 — Conhecer as leis sôbre reabilitação de âmbito federal, estadual e municipal.

22 — Conhecer os limites, regulamentos e rotina de serviço da obra onde trabalha.

23 — Ser capaz de interpretar o regulamento, funcionamento e limites da obra ao cliente e outras pessoas.

## CARACTERÍSTICAS PESSOAIS QUE O ORIENTADOR PROFISSIONAL DEVE POSSUIR

O Orientador Profissional que trabalha no campo da Reabilitação congrega qualidades como Orientador pròpriamente dito, como administrador, coordenador de serviços e como especialista em relações públicas.
O Orientador Profissional ideal deve ser:

1 — sensível aos direitos e sentimentos das pessoas;

2 — sentir interêsse pelo próximo e pelo bem estar dos mesmos.

3 — manter o equilíbrio emocional;

4 — ser otimista com relação às potencialidades e motivação da pessoa incapacitada para um ajustamento desejável;

5 — confiar no espírito humanitário das pessoas e na sua cooperação nos programas para os incapacitados;

6 — possuir boa saúde e fôrça vital para suportar as exigências de ordem física e emocional impostas pelo seu trabalho;

7 — possuir imaginação criadora, perseverança e iniciativa;

8 — possuir justeza de julgamento, maturidade emocional e entusiasmo para novos empreendimentos.

9 — ser flexível, possuir adaptabilidade, saber voltar atraz, aceitar as pessoas e as condições de natureza diversa.
dflsí "

10 — ser uma pessoa de cultura tanto no falar como nos seus hábitos pessoais; possuir aparência agradável e personalidade para os contactos pessoais;

11 — ser capaz de organizar planos eficientes e seguí-los até a sua conclusão com economia de tempo e esfôrço;

12 — possuir um senso comum raro e inspirar confiança a respeito próprio em outros;

13 — possuir capacidade de assimilação acima do comum;

14 — visar sempre um desenvolvimento profissional dinâmico, procurando sempre as oportunidades que ofereçam progresso;
Finalizando, queremos nos referir aos diferentes nomes que o Orientador de Reabilitação recebe nos Estados Unidos:

1 — Rehabilitation Counselor
2 — Rehabilitation Specialist
3 — Rehabilitation Coordenator
4 — Executive Director in Charge of placement
5 — Executive Assistant
6 — Administration Specialist

# O AGRUPAMENTO DE ARTISTAS, RECREADORES, TERAPEUTAS E EDUCADORES (A. R. T. E.)

## HISTÓRICO DE SUAS ATIVIDADES E SUA ORIENTAÇÃO AMPLA, COESA E CONVERGENTE NO CAMPO DA REABILITAÇÃO

PROFESSORA EUNICE POURCHET *

Inicia-se um novo ano e com êle marcamos mais de uma década de lutas, glórias e progressos no campo da Reabilitação de Incapacitados Físicos e Mentais como assim desejam todos do A.R.T.E. — Agrupamento de Artistas, Recreadores, Terapêutas e Educadores — não só relativamente à coalboração e entrosamento com Instituições congêneres, como pela realização do primeiro curso regular, de formação de técnicos em Terapêutica Ocupacional, de 1949 a 1952, sem dúvida nossa maior glória, isto porque sabemos e testemunhamos, em Congressos Internacionais, ser êste o primeiro curso, no gênero e duração, dado no Brasil e mesmo na América do Sul.

Ao lado dêste feito a Mesa Redonda relativa ao estudo dos recursos utilizados para facilitar a vida do incapacitado físico (locomoção, transporte, recreação e trabalho no lar e em oficinas) como sessão preparatória para o "Primeiro Simpósio de Terapêutica Ocupacional", de 5 a 8 de outubro de 1956, sob o patrocínio da Associação Brasileira de Educação e outras entidades médico-educacionais, comunicado ao "Seventh World Congress of I.S.W.C.", de 22 a 26 de julho de 1957 — Londres — sob a inscrição n.º 756, representou para o A.R.T.E. nova era para a reabilitação de incapacitados no Brasil, como comprova a correspondência ativa, até hoje coesa, solicitando auxílio e entrosamento. O original inglês, de tal comunicação, publicado no "The Scottish Journal of Ocupational Therapy — n.o 31 — dez. 1957 — Edimburgh — U. K. e "Ocupational Therapy" — out. 1957 — London — U. K. e as referências feitas no "The Canadian Journal of Occupational Therapy — vol. 24 — n.º 4 — dez. 1957 — Seção de Intercâmbio Internacional — por Miss Helen P. Le Vesconte, diretora da Escola de Terapeutas Ocupacionais da Universidade de Toronto, Canadá, revigoraram a significação de nosso esforço e idealismo.

Seria difícil enumerar tôdas as atividades do A.R.T.E. e seriá-las por tipo ou importância. Muitas vêzes **o pouco** que damos se expande muito mais do que **o muito** que facilitamos ou favorecemos. Tudo vai do eco que encontramos e da organização que existe nos Serviços ou Instituições a que nos articulamos para fins de trabalho. Contudo, sobra-nos o direito de afirmar que as solicitações atendidas e a colaboração prestada são sempre reconhecidas com simpatia e renovadas com insistência.

O movimento pró-reabilitação exige intercâmbio freqüente de ideais e trabalhos; nem o tempo, nem os recursos de que dispomos, têm permitido mantê-lo em situação regular e satisfatória.

Nossos dois mapas de referências às Instituições que de certo modo confiaram em nossas sugestões e auxílio — o primeiro de 1946 a 1954 e o segundo de 1955 a 1957 — já apresentados nas comunicações e teses de Congressos Nacionais e Internacionais, entre os quais citamos:

— II Congresso Americano de Medicina do Trabalho — de 20 a 28 de setembro de 1952 — Rio de Janeiro (publicação: pág. 422 — Anais do Congresso);

— Congresso de Ortopodia e Traumatologia da SLAOT e SBOT — julho de 1953 Quitandinha — Petrópolis — Estado do Rio de Janeiro;

— II Congresso Nacional de Professores Primários — de 11 a 18 de dezembro de 1955 — Belo Horizonte — "Assuntos de ordem geral", item 4 — Bases e Diretrizes do Ensino Emendativo, (retardamento mental e pedagógico), (publicação: pág. 35 — Rev. de Educação Pública — S.G.E.C. — Vol. X e XI — N.º 45 a 52 — janeiro a dezembro — 1954 — 1955 — Rio de Janeiro — Brasil);

— IV Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental — de 5 a 9 de fevereiro de 1956 — Recife (publicação: pág. 167 — Rev. "Neurobiologia" — Tomo XIX — março — junho — 1956 — Vol. I — Recife — Pernambuco — Brasil);

— VII World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples — de 22 a 26 de julho de 1957 — Londres — (publicação já acima referida);

poderão dar sumária orientação sôbre a diversidade de Instituições e Entidades que, direta ou indiretamente, fazem parte da equipe de reabilitação, e que procuramos atender. Assim é que, nos períodos acima indicados, figuram (com a participação da fundadora e diretora técnico-executiva do A.R.T.E. — Professora Eunice Pourchet):

---

*) — Diretora Técnico-Executiva do A.R.T.E.
Endereço para correspondencia:
Rua Santa Cristina, 144 - ap. 304 - Santa Teresa
RIO DE JANEIRO

**Fig. 1 — Um doente executa com atenção um tipo de atividade manual que lhe poderá ser útil e lucrativa.**

(De 1946 a 1954):

— INSTITUTO BRASIL-ESTADOS UNIDOS, CLUBE DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS: Palestra "**A Ocupação Terapêutica no Canadá**" — a 22 de agôsto de 1946;

— SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS — CENTRO PSIQUIÁTRICO NACIONAL: Mesa Redonda sôbre "Praxiterapia, Organização de Serviço e Funcionamento; Cursos de Emergência para Auxiliares de Trabalho" — set. 1946;

— RÁDIO MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE — Em colaboração com o Instituto Brasil-Estados Unidos: Palestra radiofônica sôbre "**Terapêutica Ocupacional**" — 1946 — Palestra sôbre "**A Música como Terapêutica Ocupacional**" — 25 de maio de 1950;

— RÁDIO ROQUETTE PINTO: "**A Arte como Recreação e Passatempo**" — 1946;

— SOCIEDADE PESTALOZZI DO BRASIL: Aulas de Desenho e Pintura como colaboração às Oficinas Pedagógicas — segundo semestre de 1947; "**Noções de Ocupação Terapêutica**" no curso de Orientação Psico-Pedagógica — 1949;

— INSTITUTO DE EDUCAÇÃO — P.D.F. — Colaboração aos Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização "**Educação Primária em Classes Especiais**" — de 1952 a 1954;

— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO: **Organização e Funcionamento do Primeiro Curso de Técnicos Profissionais em Terapêutica Ocupacional** — de 1949 a 1952;

— ROTARY CLUB DO RIO DE JANEIRO: Palestra sôbre "**Terapêutica Ocupacional**" — 10 de fevereiro de 1950;

— SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL — Centro de Estudos; Comunicação "**Um Programa de Recreação Hospitalar para Crianças e Adultos Cardíacos**" — 14 de setembro de 1950;

— PRÓ-ARTE — Curso Internacional de Férias sob o patrocínio da Prefeitura de Terezópolis: Palestra sôbre "**Terapêutica Ocupacional pela Música**" — fevereiro de 1951;

— SECRETARIA GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA: Assessor Técnico do Setor de Terapêutica Ocupacional e Recreação Hospitalar — 1950;

— INSTITUTO DE SERVIÇO SOCIAL DA PREFEITURA DO D. F.: "**Noções de Terapêutica Ocupacional**" no Curso de Assistentes Sociais Especializados — 1950;

— INSTITUTO DE NEUROLOGIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIIL: Organização e Funcionamento do Pavilhão de Recuperação de Linguagem e Terapêutica Ocupacional — de 1951 a 1952;

— SERVIÇO DE NEUROLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: Colaboração no Setor de Reabilitação de Linguagem e Terapêutica Ocupacional — 1951 e 1952;

— SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS — HOSPITAL DE NEURO-PSIQUIATRIA INFANTIL: Colaboração ao Serviço de Praxiterapia — em 1951, 1952, 1953, 1954;

— HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO — IPASE: Colaboração ao Serviço Social no Setor de Recreação Hospitalar e Terapêutica Ocupacional — em 1950;

— HOSPITAL JESUS — SECRETARIA GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA — P.D.F.: Colaboração ao Serviço de Recreação Hospitalar e Terapêutica Ocupacional de 1950 a 1951;

— HOSPITAL PEDRO ERNESTO — SECRETARIA GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA — P.D.F.: Colaboração às enfermarias de Neurologia, na primeira experiência de Terapêutica Ocupacional — de 1950 a 1951;

— INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA: Colaboração ao Seminário de Trabalho da Organização dos Estados Americanos com uma conferência sôbre "**Recuperação da Criança através das Atividades Ludicas**" — agôsto de 1954;

— ESCOLA DE APÓS GRADUAÇÃO MÉDICA — SOCIEDADE DE MEDICINA e CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO: Aula no Curso Intensivo de Reumatologia sôbre "**Terapêutica Ocupacional**" — 23 de julho de 1954.

**Observação:** Tôdas as atividades e tentativas de propaganda e esclarecimento sôbre a Terapêutica Ocupacional foram feitas, desde o ano de 1946, pela relatora do artigo, com estudos especiais sôbre Terapêutica Ocupacional e Ensino em Classes Especiais na Universidade de Toronto e bolsa de estudo facilitada pelo govêrno canadense, quando embaixador no Brasil, Jean Desy. Por êsse motivo o Mapa I inclui tais atividades como já sendo direta e indiretamente do A.R.T.E., apesar de sua organização definitiva ter sido marcada para o início de 1947.

No Mapa II (de 1955 a 1957):

— INSTITUTO DE EDUCAÇÃO — P.D.F.: Entrosamento de atividades e facilitação de bolsas de estudos aos alunos-mestres do curso "Educação Primária em Classes Especiais" — de 1955 a 1957;

— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO: Direção de cursos avulsos e novos cursos de formação de técnicos em Terapêutica Ocupacional — 1955 a 1958;

— SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: Colaboração à Recreação Hospitalar e Aplicação da Terapêutica Ocupacional junto às enfermarias de Clínica Médica — 1955;

— ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO — ABBR: a) Colaboração às reuniões da organização da Sociedade e redação dos estatutos;

b) Sugestões para o curso de formação de técnicos em Reabilitação, em Fisioterapia e Terapêutica Ocupacional — janeiro de 1955; c) Mesa Redonda sôbre a instalação provisória do Centro de Reabilitação; d) Palavras sôbre "**A Função do Técnico no Campo da Terapêutica Ocupacional e da**

**Reabilitação"** proferidas na inauguração da Sociedade — agôsto de 1955;

— ESCOLA DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO — FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO: Colaboração ao Curso de Extensão Universitária organizado pela Divisão Cultural sôbre Problemas Brasileiros junto à Escola de Enfermagem — Conferência: **"A Terapia Ocupacional na Reabilitação"** — 1º de dezembro de 1955;

— ESCOLA DE APÓS GRADUAÇÃO MÉDICA — SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO: Conferência **"Reabilitação em Reumatologia"** — 1955;

— HOSPITAL DE NEURO-PSIQUIATRIA INFANTIL: a) Subsídios para reorganização e ampliação das atividades em Praxiterapia — em 1955 e 1957; b) Bolsas de estudo para os cursos de Terapêutica Ocupacional — de 1955 a 1957;

— ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RECIFE — Curso Intensivo de Terapêutica Ocupacional para enfermeiras-instrutoras — fevereiro de 1956;

— SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: Colaboração ao I Seminário sôbre o Ensino de Enfermagem com a conferência: **"Cooperação da Enfermeira na Terapêutica Ocupacional"** — janeiro de 1956;

— ESCOLA DE ENFERMAGEM "HUGO WERNECK" — Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte sob o patrocínio da Ação Social Arquidiocesana de Belo Horizonte: Curso Intensivo de **"Introdução à Terapêutica Ocupacional"** — fevereiro 1956; Inauguração de uma filial do A.R.T.E. d 2 novembro 1957;

— DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA SECRERIA GERAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA: a) Entrosamento de atividades, sugestões e documentação auxiliar ao Serviço de Recreação Hospitalar; b) bolsas de estudo aos auxiliares do Serviço para os cursos de Terapêutica Ocupacional — de 1955 a 1957;

— ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS — APAE: Colaboração ao II Seminário sôbre Recreação, Amigos e Vida Social — a) Exposição de material didático-recreativo; b) Comunicação dos Princípios de Recreação Terapêutica; c) Sugestões e participação da Comissão II junto às Conclusões Finais.

Foi facilitada a freqüência aos pais de crianças excepcionais nos cursos de "Exercícios de Coordenação Psicomotora a Serviço do Ensino Emendativo" e "Atividades Recreativas como Terapêutica Ocupacional" realizados sob o patrocínio da Associação Brasileira de Educação em 1955 e 1956, respectivamente;

— INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL: Colaboração à Seção de Pesquisas no **"Estudo da Dominância Lateral e sua Importância na Reabilitação Motora"** — Universidade do Brasil — 1.º semestre de 1956;

— INSTITUTO DE NEUROLOGIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL: Colaboração à Seção de Pesquisas no **"Estudo da Dominância Lateral e sua Importância na Reabilitação Motora"** — Universidade do Brasil — 1.º semestre 1956;

— 5.ª CADEIRA DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA — DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA E DOENÇAS ÓSSEAS: Colaboração no Curso de Reumatologia — **"Problemas da Terapêutica Ocupacional em nosso Meio no Campo da Reumatologia"** — 1956;

— ROTARY CLUB DE COPACABANA: Palestra sôbre "Terapêutica Ocupacional" — 22 de abril de 1957;

— CADEIRA DE TERAPÊUTICA CLÍNICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS NA UNIVERSIDADE DO DISTRITO FEDERAL: Colaboração ao Curso Regular da referida Cadeira — 4 aulas sôbre "Terapêutica Ocupacional" — maio 1957;

— DIRETÓRIO ACADÊMICO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO DISTRITO FEDERAL: Palestra sôbre **"Terapêutica Ocupacional"** — 27 de maio de 1957;

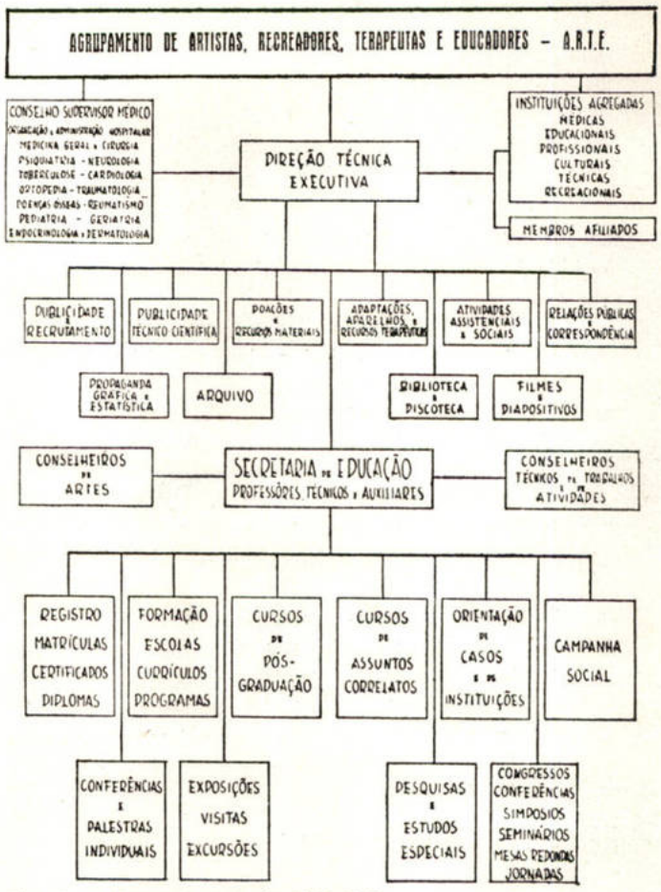



**Fig. 2 — Organograma do A R T E**

— CLÍNICA DE ORTOPEDIA DA FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL: Colaboração na instalação do Centro de Terapêutica Ocupacional — junho de 1957;

— CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO: Organização e funcionamento de atividades recreativas, trabalhos manuais, música instrumental e canto coral como terapêutica ocupacional — 1957;

— SANATÓRO MARQUES LISBOA — BELO HORIZONTE: Sugestões e documentação auxiliar para o desenvolvimento do Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação por meio de visitas e correspondência — 1956 e 1957;

— CONJUNTO SANATORIAL DE CURICICA: Sugestões e documentação auxiliar para organização do Serviço de Terapêutica Ocupacional e Centro de Reabilitação — setembro de 1956.

No Mapa III, ainda por completar, figuram as atividades e entrosamento a partir de 1958, onde se incluem:

— Organização do II Simpósio de Terapêutica Ocupacional — que se realizaria de 15 a 19 de abril de 1958, no Rio de Janeiro, incluindo-se na Comissão Organizadora as seguintes Instituições: Instituto de Neurologia da Universidade do Brasil, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil, Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, Clínica de Ortopedia do Hospital São Francisco de Assis, Hospital Escola da Universidade do Brasil, Serviço de Assistência e Recuperação de Mutilados, Escola de Pós-Graduação Médica (Setor de Reumatologia), Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo, 5.ª Cadeira de Clínica Médica da Universidade do Brasil, Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Associação Brasileira de Medicina do Trabalho,

Serviço Nacional de Tuberculose, Sociedade Brasileira de Tuberculose, Secretaria Geral de Saúde e Assistência, Secretaria Geral de Educação e Cultura (Instituto de Educação), Instituto Nacional de Reabilitação, Escola Nacional de Belas Artes da Universidade do Brasil, Clínica Ortopédica e Traumatológica da Santa Casa de Misericórdia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Reeducação Motora e Conselho Britânico.

Tal Simpósio realizar-se-ia em conjunto com o I Simpósio de Reabilitação em Tuberculose, organizado pela Sociedade Brasileira de Tuberculose e constaria de sessões teóricas, debates, exposições científicas, visitas e demonstrações em Serviços e Departamentos, projeções cinematográficas e, começando no Rio de Janeiro, terminaria em S. Paulo. Por motivo do falecimento de seu amigo, colaborador e patrono Dr. Eugenio Augusto Pourchet, o A.R.T.E., por unanimidade de opinião de seus membros, resolveu adiá-lo sem data marcada. Por superposição de atividades de vários participantes e Entidades ainda não conseguimos marcar definitivamente sua realização. Aguardamos tal acontecimento e, certamente, para breve.

Figuram, ainda, como atividades de 1958, em entrosamento, com a Seção de Cinema da Embaixada Americana, passagem de filmes comentados sôbre aspectos gerais da Reabilitação, e com as Instituições já citadas nos Mapas I e II, relativamente ao estágio, supervisionado tècnicamente, para os alunos dos cursos teórico-práticos de formação de terapêutas ocupacionais.

## CRITICANDO CONSTRUTIVAMENTE

Apesar da participação em Congressos Nacionais e Internacionais, mencionando o que temos realizado e o muito que faz parte de nosso futuro programa no Agrupamento de Artistas, Recreadores, Terapêutas e Educadores, não é demais apresentar aqui nosso organograma, desconhecido de muitos que, com oportunidade e realidade, poderiam manter intercâmbio conosco. Isso, talvez, porque a denominação dada ao Agrupamento não esclareça de pronto nossos objetivos de trabalho, uma vez que só figuram nela nomes de profissionais. Para nós não era possível organizar uma Instituição em favor da Terapêutica Ocupacional por isso que nem a conceituação dela era conhecida. E o será verdadeiramente agora? Por vêzes, e não poucas, **reabilitação** confunde-se com **terapêutica ocupacional** e vice-versa. Mesmo nos meios especializados, e até em Congressos, sentimos pouco esclarecida a diferença entre as denominações: **reabilitação, recuperação** e **readaptação.** Pouco a pouco vão surgindo novos grupos de trabalho como Instituições ou Entidades Autônomas e cada qual se empolga pelo tema da Reabilitação de um determinado ponto de vista, o que equivale a dizer, por uma especialização ou benefício. Assim, há os que se ocupam precipuamente de incapacitados físicos, outros sòmente de reumáticos; alguns grupos ou Associações procuram amparar as vítimas da paralisia infantil. Já encontramos Instituições interessadas na proteção ocupacional e recreativa dos velhos e cardíacos. Convergem para o Agrupamento vários tipos de profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapêutas, auxiliares de Terapêutas Ocupacional, educadores especiais, psicólogos, recreadores, psicotécnicos, todos com vontade de acertar na prática do trabalho em favor dos incapacitados. E disso muito nos orgulhamos, pois frequentando os cursos avulsos que fazem parte integrante do curso de profissionais terapêutas, ficam logo sabendo que há um entrosamento de atividades na equipe da Reabilitação, mas que cada profissional tem sua oportunidade e limite de ação, respeitando a ética do Serviço.

A ARTE e o TRABALHO, em tôdas as modalidades e ramos, a serviço da Educação Especial e da Medicina, sob a forma de Terapêutica Ocupacional, é o que procuramos delimitar e, para isso, nossos objetivos em palestras, conferências, seminários, mesas redondas, cursos, congressos, debates, simpósios etc. são sempre: **preparar, congregar** e **orientar pessoas e instituições interessadas em reabilitação física e psíquica, parcial ou integralmente.**

O A.R.T.E. não dispôs até agora de instalações privativas para atender a casos individuais ou em grupo; os cursos nêle desenvolvidos recebem alunos de várias Instituições e, na maioria, o estágio, conseqüente e indispensável, faz-se nos lugares de onde êles provêm, com a necessária supervisão. Vamos, pouco a pouco, conseguindo reformar e melhorar experiências tentadas, aqui e acolá, organizando ou reorganizando Departamentos com funcionamento regular e sistemático, alertando para a aplicação da equipe de especialistas no trabalho de reabilitação total, difundindo resumos de aulas e programas de cursos, tanto quanto possível, para que em próximo futuro se distinga claramente a cooperação técnica da participação apenas curiosa, sem contudo eliminar o trabalho voluntário, supervisionado por autoridade médica e técnico competente.

Cabe aqui dizer uma verdade: enquanto não houver cursos para formar médicos especialistas em reabilitação psico-física, junto às Faculdades de Medicina, mais de 50% do esforço dos técnicos, em profissões não médicas, no campo da Reabilitação, serão perdidos. O médico é sempre a autoridade máxima e é impossível trabalho harmônico sem delimitação, clara e justa, de atribuições e encargos. Por vêzes, o médico executa o que caberia ao técnico, por outras, o técnico é julgado injustamente, por aparentar pretensões à invasão do campo médico quando, na realidade, êle, técnico, deve merecer apoio e **direção médica,** ainda que competente.

Participantes do A.R.T.E. os médicos e técnicos pioneiros no desenvolvimento dos cursos de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação Motora têm demonstrado capacidade, zêlo, respeito à equipe de trabalho, tudo provando a oportunidade e possibilidade da criação de cursos de pós-graduação médica, sem mais demora, com a colaboração de elementos brasileiros, sem dispensar a colaboração estrangeira, para que possamos trabalhar em verdadeira orientação ampla, coesa e convergente.

A exequibilidade das conclusões a que chegaram os membros do A.R.T.E., ao ensejo da Mesa Redonda sôbre os recursos utilizados para facilitar a vida do incapacitado físico (locomoção, transporte, recreação e trabalho no lar e em oficinas), e por ocasião do I.º Simpósio de Terapêutica Ocupacional, em outubro de 1956, após escrupuloso estudo e equilibrada ponderação, poderá amparar a fase de transição que atravessamos em face do progresso da Medicina. Permitam-nos, pois, repetir os nomes dos que nêle participaram, enunciando ainda uma vez as conclusões já publicadas e difundidas, até hoje, porém, solicitadas por várias Instituições e especialistas, pelo campo vasto e de objetivos convergentes que abrangem.

## MEMBROS PARTICIPANTES DO 1.º SIMPÓSIO DE TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

Médicos, Professores e Técnicos: Alair Antunes, Antonio P Campos, Antonio Rodrigues Melo, Arthur Henrique E. de Almeida, Benjamin Albagli, Cunha Lopes, Denis M. Ferraz, Edson A. Leitão, Enóe de Carvalho, Eugenio M. Cavalcanti, Eunice Pourchet, Fernando Mangia, Gastão Dias Velloso, Gennyson Amado, Heitor Peres, Helio Lima Carlos, Henrique de Góes, Humberto Ballariny, Idalina de Freitas L. Campos, Jacob Gamarski, Jacques Houli, José Leme Lopes, José M. Almeida, José M. Lopes, Juercio Samarão Brandão, Mario de Brito, Mira y Lopez, Nilton Campos, Nize da Silveira, Olavo Neri, Peregrino Junior, Pierre Le Gallais, Pierre Weil, Riva Bauzer, Rosa e Silva, Samuel Roimicher e Waldemar Bianchi. Como secretárias: Marina Loureiro e Nilza Duarte Rocha.

**Figura 3 — Na Associação Brasileira de Educação:**
**Fotografia tirada por ocasião da entrega dos certificados dos cursos do A.R.T.E. referentes ao ano de 1955.**
**Ao centro o Dr. Denis Malta Ferraz, a esquerda a Profª. Eunice Pourchet e seus progenitores Sra. e Sr. Eugenio Augusto, Pourchet, patronos do A.R.T.E..**

**CONCLUSÕES GERAIS**

1 — Necessidade de cursos intensivos, parcelados, para completar a formação dos especialistas que já trabalham em Terapêutica Ocupacional e Ensino Emendativo, a fim de que as simples atividades se transformem em atividades terapêuticas, pelo conhecimento dos princípios básicos científicos que orientam a prática.

2 — Urgência de formação dos reabilitadores físicos e mentais, isto é, fisioterapêutas, terapêutas ocupacionais e psicoterapêutas, em curso regular, a fim de atender às carências comprovadas em tôdas as especialidades médicas e na higiene mental, para evitar improvisações perigosas de profissionais.

3 — No campo da Medicina Física incluir o técnico de oficina ortopédica e o contramestre de diferentes profissões como membros da equipe sujeitando-se às exigências terapêuticas e com o direito de discutir os problemas técnicos com os demais especialistas.

4 — Necessidade das noções de reabilitação física e mental, em suas diferentes modalidades e ramos, serem integradas aos cursos de enfermagem, assistência social e psicopedagogia para facilitar o trabalho em equipe harmônica e completa.

5 — Promoção de campanhas educativas visando principalmente a divulgação do conceito de reabilitação e a participação da família e do meio social no interêsse do trabalho.

6 — Procedimento da revisão da nomenclatura das atuais unidades do Hospital onde se exerce a Medicina Física no sentido de lhes conferir designação mais consentânea com as atribuições que lhes cabem.

7 — Inclusão da Terapêutica Ocupacional no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Moderno.

8 — A constituição do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação compreenderá: Fisiatrista (Médico), Supervisores, Técnicos, Monitores e Auxiliares em Terapêutica Ocupacional e em Fisioterapia. Ao Fisiatrista cabe dirigir o Serviço e a responsabilidade da prescrição das práticas do trabalho a serem executados pelos Supervisores e Terapeutas.

9 — A rotina do Serviço num Hospital, além das normas funcionais internas envolve estreito entendimento dos Serviços Clínicos e Cirúrgicos com o Social, o de Medicina Física e Reabilitação e os demais, em interrelação de interêsses.

10 — Desenvolvimento do espírito de equipe criando um entrosamento de tal ordem entre os profissionais especialistas graças a reuniões periódicas em que as conclusões e os aconselhamentos facilitem a compreensão, harmonia e ritmo no trabalho, a favor do doente.

11 — A planta física do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, no Hospital Geral, deverá situá-lo no pavimento térreo, de preferência, próximo às alas de entrada e saida e da prumada dos elevadores de trânsito de pacientes internados e às Clínicas que mais solicitam o Serviço.

12 — Necessidade de acentuar junto aos órgãos patronais, sindicais e governamentais que a Terapêutica Ocupacional permite reintegrar na comunidade muitos inválidos que de outro modo representariam apenas pesado ônus para o grupo social a que pertencem.

13 — Urgência de se organizarem Serviços, Departamentos ou Centros de Terapêutica Ocupacional, anexos ou não aos hospitais, escolas e classes especiais e clínicas de recuperação.

14 — É importante que o planejamento e a instituição de Serviços, Departamentos ou Centros de Reabilitação sejam procedidos com a audiência dos técnicos e pessoas entendidas, reconhecida e comprovadamente, a fim de se evitar os vícios e as falhas observados em organizações hospitalares em que não se atendeu a essa premissa de um modo geral.

* *

Para terminar, devemos comunicar que, em breve, serão inauguradas as instalações do Centro-Escola de Reabilitação e Terapêutica Ocupacional que darão ao A.R.T.E. a possibilidade de desenvolvimento total do seu organograma, facilitando material técnico, livros, bolsas de estudo, em nosso país e no estrangeiro, por meio de exposições periódicas, biblioteca circulante, museu dinâmico e cursos renovados, respondendo dêste modo ao lema do A.R.T.E. "TUDO É MOVIMENTO" como só deve ser o que se faz num programa de Reabilitação.

# Experiencia de uma Terapêuta social

DORIS BUTCHER
Terapeuta Social do Instituto de Psiquiatria Social

Êste artigo procura dar o ponto de vista de um trabalhador não pertencente à profissão médica e mostrar a parte que pode desempenhar auxiliando a dirigir clubes de terapia social. Sua condição leiga tem suas vantagens, permitindo relações mais familiares e amistosas com os pacientes do que as que podem existir entre o paciente e o psiquiatra.

Minha primeira experiência de trabalho em clubes de terapia social foi em agôsto de 1942, quando um clube foi aberto para pacientes externos do Departamento de Medicina Psicológica no Hospital Guy. Um número adequado de pacientes com seus amigos e alguns visitantes foi convidado para uma festa inaugural. Uma semana depois houve uma reunião para eleger o Presidente, Vice-Presidente e Secretário e estabelecer um programa para as atividades de um mês.

Logo se percebeu que o trabalho de auxiliar a dirigir um clube de pacientes, pelo menos no estágio inicial, não era fácil e que muitas dificuldades existiam. A maioria dos membros (quasi todos operários e alguns relativamente pobres), nunca haviam estado anteriormente num club de qualquer espécie e eram, devido à própria natureza de sua moléstia mental, inclinados ao isolamento. Muitos deles, portanto, sentiram-se extremamente acanhados com a idéia de entrarem em contacto com pessoas estranhas, com a preocupação de faltarem com as regras da etiqueta ou sentirem-se diminuidos se não soubessem jogar tenis de mesa, cartas, ou dançar. Ainda mais, não tinhan nenhuma idéia quanto ao que os esperava e isto fez nascer um pequeno sentimento de desconfiança para com toda a organização.

Durante os primeiros quatro meses os progressos foram lentos e grande parte do trabalho teve de ser feito pelo psiquiatra e sua assistente. No entanto, êste período difícil deu-nos muitas lições valiosas.

Primeiramente, procuramos auxiliar alguns dos pacientes pedindo-lhes para nos ajudarem. Por exemplo, pedia a um moço tímido que ensinasse a jogar tenis de mesa, o que êle fez com eficiência; outro deu-me lições de canastra e uma mulher agressiva da qual a maioria dos membros do clube não gostavam, ficou satisfeita quando lhe pedi para fazer comigo a demonstração de uma dança desconhecida da maioria dos pacientes presentes. Com isto ela poude sentir, embora temporàriamente, ser de alguma utilidade ao clube sem ter de se por em evidência para obter atenção.

Outra maneira de ajudar foi convidar pacientes, individualmente, para uma refeição em minha casa ou levá-los a um concerto num domingo, à tarde, no inverno ou ao Jardim Botânico, no verão. Assim, o paciente aprendeu a se misturar com outras pessoas fora do ambiente de segurança do club e sentiu possuir um amigo pessoal. Isto não era sempre fácil e foi ligeiramente desconcertante quando um rapaz acanhado, ao ser convidado, pela primeira vez, a vir jantar em minha casa, de repente disse: Puxa! sinto-me tão acanhado. Nunca tive numa casa como esta antes. Pareceu-me melhor não tratá-lo como convidado, de uma maneira formal. Veio até a cozinha, levou os pratos para a sala de jantar e em pouco tempo pareceu se achar tão à vontade que tive grande dificuldade de fazê-lo sair a tempo para tomar seu último trem. Êste homem foi posteriormente eleito presidente do club e desempenhou o seu papel extremamente bem; há 18 meses casou-se com uma moça que encontrou no club. Suas frequentes referências a esta visita mostram seu valor como um primeiro passo em sua re-sociabilização.

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

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

Uma das maiores dificuldades encontradas, ao se lidar com os pacientes, é não se poder contar plenamente com êles na execução dos programas planejados. Percebi isto pela primeira vez quando um dos homens do nosso comitê, que tocava violino bastante bem, se propôs a organizar um concêrto. Na noite em que êste deveria se realizar, não sòmente êle, mas seus companheiros artistas, não apareceram. Soubemos, mais tarde, que êle havia começado a trabalhar fora de Londres mas não havia pensado ser necessário comunicá-lo a qualquer um dos membros do club. Um programa de emergência teve de ser improvisado e tais experiências ensinam a não se comparecer a uma reunião sem estar perfeitamente preparado para apresentar um programa.

E' importante aprender a arte de bem escutar Alguns dos pacientes, são tão tímidos que preferem sentar-se e observar os outros dançar e jogar. Isto dá oportunidade para lhes falar, para fazê-los se sentirem à vontade e desejados, e, eventualmente, encorajá-los a tomar parte nas atividades do club. Durante estas conversas, frequentemente, os pacientes contam muita cousa a seu respeito sôbre suas dificuldades e com frequência, ao descobrirem que a terapeuta social teve dificuldades semelhantes, isso os encoraja. Escutar é algumas vêzes um trabalho duro, visto que as histórias contadas pelos pacientes nem sempre são coerentes e a atenção tende a se desviar para os outros membros do club. E' essencial, também, fazer o máximo de esfôrço para ser uma boa anfitriã, pronta a acolher qualquer novo sócio quando chega pela primeira vez a fim de fazer com que se sinta à vontade para apresentá-lo aos outros sócios, para descobrir seus interesses e geralmente para procurar criar uma atmosfera agradável.

Seguimos o processo usual desses clubs no que se refere ao programa e descobrimos que devido à sua timidez e falta de iniciativa, os pacientes não gostam, no início, de qualquer espécie de discussão. O terapeuta social, assim, teve de desempenhar um papel mais ativo, embora menos evidente na organização, na sua fase inicial.

Os pacientes convidaram seus parentes e amigos para a primeira festa de Natal e, como resultado, no Ano Novo obtivemos alguns novos sócios que possuiam mais iniciativa e eram menos tímido do que os do nosso grupo inicial. Com o auxílio adicional de alguns pacientes de clínicas particulares, o club tomou um novo impulso e foi capaz de começar atividades mais ambiciosas. À partir daí, os sócios aos poucos se acostumaram a dirigir seu próprio club, assumindo maior responsabilidade e compreendendo que tinham de dirigí-lo não sòmente para sua própria distração mas também para auxiliar pessoas menos privilegiadas. Uma atmosfera muito agradável foi criada e os novos sócios comentaram sôbre o fato de se sentirem à vontade logo em sua primeira visita ao club. Um professor de dança de salão e outro de danças regionais foram contratados. Campeonatos de tenis de mesa, noites sociais e visitas organizadas a teatros foram introduzidas. Os sócios financiaram inteiramente seu club por meio de contribuições voluntárias, sem nenhum auxílio exterior.

A média de frequência no club era entre 25 e 30. O número variava um pouco devido ao trabalho de guerra dos sócios, á distância em que alguns residiam, ás viagens no "black-out" e aos bombardeios. Foi êste último fator que, infelizmente, obrigou êste club a fechar quando os bombadeios pesados se agravaram e tornou-se um perigo reunir os pacientes tão distante de seus lares. No entanto, foi agradável ver muitos dos nossos tímidos sócios se tornarem mais confiantes, outros se tornarem capazes de assumir responsabilidade pela primeira vez e ver boas amizades estabelecerem-se. Alguns dos pacientes que no início encaravam o club com desconfiança passaram a dizer com frequência: "Não faltaria ao club por nada".

Em março de 1943, outro club para pacientes externos foi aberto em Hollborn, para pacientes que não podiam frequentar um club noturno devido às condições de guerra. As reuniões se realizavam aos sábados de 4,30 às 7,30 horas e foi aberto, principalmente, para os pacientes psiquiátricos externos do hospital São Bartolomeu. A inauguração deste club seguiu o plano já descrito anteriormente e seu desenvolvimento foi semelhante. Nele também houve, nos primeiros meses, pacientes nos quais não se podia confiar, tímidos e desconfiados e o trabalho, foi assim, realmente duro. No outono deste ano, o club tomou maior impulso quando outros hospitais passaram a mandar seus pacientes.

Novos interesses foram sendo gradualmente despertados nos sócios — por exemplo, um Círculo Artístico, que se reunia aos sábados de tarde e que despertou muito interesse. O trabalho deste Circulo é descrito noutro artigo.

Um Círculo Musical foi também organizado no apartamento de um casal pertencente ao clube. Um homem, que anteriormente havia sido sócio do club, constituiu uma pequena classe de dança para principiantes, fora da sede do clube. Esta foi muito frequentada e auxiliou grandemente aqueles que achavam não saber dançar suficientemente bem para fazê-lo nas reuniões do club.

Receiava-se encorajar um grupo de pessoas a se reunir numa época em que a ação inimiga criava sérios perigos. Incentivadas pela opinião do psiquiatra de que o clube significava muito para pessoas que vinham passando suas vidas em abrigos aéreos e realizando trabalho pesado de guerra, foi decidido continuá-lo. Isto provou ser uma decisão acertada porque os sócios sentiam que tinham sempre onde ir para um contacto social nos fins de semana e sentimo-nos orgulhosos de dizer que nosso clube permaneceu aberto por um período ininterrupto de 5 anos apesar das condições de guerra e do fato do psiquiatra encarregado ter sido convocado.

Quando a guerra terminou, o clube passou a se chamar "O Phenix" para simbolizar nossa volta à vida. O número de seus sócios aumentou e seus programas e interesses exteriores tornaram-se maiores. Na realidade, nosso clube se tornou popular demais. A nossa média de sócios é de 45 e há cêrca de um mês atrás 60 membros e seus amigos compareceram. Êste clube devido à sua posição central, tem sido visitado por médicos, estudantes de medicina, assistentes sociais psiquiatras e terapeutas ocupacionais de muitas regiões. Tem sido de grande auxílio para ajudá-los a formar clubes semelhantes.

Fica-se impressionado com o bom espírito reinante entre os sócios e pela maneira pela qual uns auxiliam aos outros. Se um dos sócios está sem trabalho ou sem habitação, outro sócio o ampara. Uma moça sòzinha, que não tinha amigos, foi convidada a passar suas férias com outra, em circunstâncias mais agradáveis. Um dos sócios a quem havia sido emprestada uma casa-reboque convidou várias de suas amigas do clube à passar semanas ou fins de semanas lá a fim de descansarem e aproveitarem do ar do mar. Um jóvem de 28 anos, portador de esclerose múltipla, demonstrou espírito excepcionalmente corajoso. Em certa época não tinha nenhum interesse na vida, não trabalhava e não tinha nenhuma esperança no futuro. Discussões acerca da finalidade da vida, o auxílio que êle poderia dar à comunidde e o auxílio mútuo que poderia ganhar da mesma, contribuiram, sem dúvida, para sua assiduidade ao trabalho, aceitação do futuro, embora êle saiba que possa se tornar, eventulmente, inválido permanente.

Muitos outros exemplos poderiam ser dados mostrando os efeitos benéficos dos clubes de terapia social. Talvêz não seja fora de propósito concluir com a citação de um provérbio chinês: "Você não pode impedir que os pássaros da tristeza voem sôbre sua cabeça, mas você **pode** impedí-los de construir ninhos em seus cabelos". A humanidade em geral, e os sócios de nosso clube, em particular, têm muitas tristezas a carregar, cujas causas estão, muitas vêzes, profundamente enraizadas, mas a maneira corajosa pela qual nossos pacientes combatem a agressão de seus próprios pássros de tristeza é um ótimo exemplo para a comunidade em geral e um grande encorajamento para aqueles que têm o privilégio de contribuir para êste trabalho proveitoso.

# O papel do assistente social na reabilitação

**RITA DE CASSIA BOURCHARD DE REVOREDO** *

Do modo de funcionamento de um centro de reabilitação para os indivíduos sèriamente incapacitados, deduz-se que, sem o **trabalho de equipe,** impossível é **auxiliar-se o reabilitando a auxiliar-se a si próprio.**

Deduz-se, por outro lado, que o papel a ser desempenhado pelo assistente social junto ao reabilitando é de grande valia, porque êste também se estende à sua família e às pessoas interessadas no seu processo de reabilitação.

O assistente social, pois, tem uma função definida no campo da reabilitação, seja trabalhando diretamente com o reabilitando, quando faz parte da equipe que leva a cabo o processo, seja dando a sua colaboração nos programas dêsse gênero que estão sendo executados ou em vias de serem planejados. Tem, então, o assistente social neste campo de trabalho duas funções, a saber:

a) Genérica
b) Específica.

a) **Genérica — Função de Consultor**

Quando trabalha indiretamente, avaliando programas, relatórios que estão sendo levados à cabo em centro, hospitais e até em estados, zonas, cidades etc., participando de planejamento, seja promovendo meios ou na criação dêstes etc. Esta função, também, é exercida no campo internacional.

b) **Específica:**

1) Quando exerce a função específica, isto é, no campo do Serviço Social de Casos, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade;

2) Quando está incumbido de avaliar o trabalho da equipe, seja na capacidade de consultor, seja na de supervisor em centros de reabilitação, hospitais, oficinas abrigadas de trabalho, escritórios estaduais, distritais, locais etc.

No campo pròpriamente dito da previdência social, muito pode fazer o Serviço Social na instituição em prol de seus associados, quando êstes se acham afastados do trabalho por serem portadores de incapacidades físicas ou mentais, recebendo, então, o seguro-invalidez, ou o auxílio-doença, ou o seguro de acidente no trabalho.

Geralmente, o segurado que recebe o seguro-invalidez é denominado "aposentado". Êste já perdeu 2/3 de sua capacidade física ou mental; já se valeu, durante 24 meses, do auxílio-doença e, agora, recebe o seguro acima mencionado. Durante cinco anos, está êle sujeito a exame médico anual de revisão, findo os quais, cessa esta sua obrigação para com o Instituto a que pertence.

A função do Serviço Social junto a êste segurado inativo, seria, em resumo, a seguinte:

1) Verificar, de acôrdo com a opinião médica, se determinado aposentado pode se valer do disposto no art. 119, do Reg. 32.667, de 1-5-53.

Caso positivo e, desde que se conte com a colaboração do aposentado ou que se haja despertado a sua motivação para o trabalho, pode-se recorrer às técnicas do processo de reabilitação ou algumas de suas fases, tornando-o, então, um elemento produtivo da sociedade.

2) Não podendo valer-se, o aposentado do art. 119, e se atravessa êle período de desajustamento econômico, devido aos benefícios insuficientes que recebe do Instituto, fazer-lhe a interpretação do I.A.P.C. e a Circular DB-84, de 5-8-45. Isto atenuará através do trabalho parcial remunerado, a sua situação econômica, colaborando para uma reabilitação parcial, na maior parte das vêzes, pois o retôrno à atividade é limitada, como já foi dito.

3) Auxiliar o aposentado que não pode se valer do art. 119 e nem trabalhar parcialmente a se utilizar dos recursos da comunidade, interpretando, ao mesmo tempo, a esta (comunidade) que o aposentado é um membro da coletividade e que, portanto, tem o direito de ser por ela ajudado, de vez que, direta ou indiretamente, pagou ou paga impostos ao govêrno, impostos êstes que mantêm as obras de assistência social, de caráter oficial e, mesmo, as de natureza privada, através de subvenções a estas últimas concedidas pelos poderes públicos.

Nos três aspectos acima referidos, podem ser aplicados os três métodos do Serviço Social — caso, grupo e comunidade — e importante colaboração pode ser dada pelo Serviço Social no que tange à ação social.

Em relação ao primeiro grupo (art. 119), o Serviço Social, em colaboração com a Divisão de Benefícios e com a Superintendência Médica, deve interpretar e divulgar aos médicos examinadores o conteúdo do art. 119 e a grande oportunidade que o mesmo oferece no que diz respeito à reabilitação.

Essa interpretação e divulgação deverá ser realizada através de:

1 — reuniões periódicas com os chefes das diferentes clínicas;

2 — palestras a respeito do assunto com ilustração de casos;

3 — análise de relatórios médicos e de Serviço Social;

4 — elaboração de folhetos sugestivos que devem ser colocados não só na D.A.M. como na Sede da Delegacia, mostrando o valor da reabilitação;

5 — interpretação e divulgação, através da imprensa, rádio e televisão de casos concretos;

6 — pesquisa e avaliação dos resultados obtidos pelos segurados que já se valeram do art. 119.

7 — interpretação e divulgação aos empregadores, às obras e à comunidade em geral dos recursos necessários para se poder atingir aquêle objetivo, isto é, retôrno ao trabalho do segurado.

Êsses mesmos pontos são aplicados ao segundo grupo, isto é, àqueles que não se valem do art. 119 e que exercem funções remuneradas parcialmente, porque não podem sujeitar-se às horas regulamentares de trabalho.

**Serviço Social Junto ao Deficiente**

Quanto ao deficiente, que é aquêle segurado que, por haver sido acometido de doença física ou mental, está com sua capacidade de trabalho reduzida e requer, por esse motivo auxílio-doença, ou aquêle que foi vítima de acidente no traba-

* Chefe da Divisão de Serviço Social da Delegacia do Estado de São Paulo do I.A.P.C.

lho e se vale das companhias de seguro, o objetivo do Serviço Social e de todos quantos, na Previdência, lidam diretamente com o mesmo deveria ser o seguinte:

1 — Em tornar o segurado inativo em segurado ativo.

A reabilitação profissional deve iniciar-se paralelamente à concessão do auxílio-doença, visando a sua recuperação para o trabalho que exercia e se esta não fôr possível, a sua reeducação (treinamento) para uma nova função compatível com suas aptidões físicas ou intelectuais (Arnaldo Sussekind).

2 — A reabilitação profissional é de indiscutível importância para a economia das instituições seguradoras, pois transforma o segurado inativo ou beneficiário em segurado ativo ou contribuinte e para a economia nacional torna o indivíduo, que foi meramente consumidor, em agente produtor.

**Técnicas do Serviço Social:**

Também aos deficientes aplicam-se os três métodos de S. Social, mas num sentido muito mais amplo, isto é, auxilia o indivíduo inativo a se tornar auto-suficiente social e econômicamente falando, realizando o assistente social essa tarefa em trabalho de equipe.

**Quanto ao Método de Serviço Social de Casos, o Assistente Social no Campo da Previdência deve estar atento aos seguintes pontos:**

1 — Ao orientar o segurado no preenchimento de auxílio doença, já deve ter em mira o estudo social, isto é, se aquêle, devido à doença, terá em futuro a oportunidade de retornar à antiga função (a de grande valia);

2 — Desde a primeira entrevista deve ser focalizada ao segurado a necessidade de sua colaboração no tratamento médico que for instituído, bem como, estimular a vontade dêste recuperar sua saúde;

3 — Nas entrevistas posteriores (seguimento médico) deve-se despertar a motivação para o trabalho, nunca se esquecendo, porém, de que cada caso é um caso e da oportunidade disto ser feito.

4 — Sempre que possível, deve-se estimular o segurado inativo a manter bom relacionamento com o seu empregador, a fim de que êste o ajude, não sòmente durante o tempo em que estiver afastado do trabalho, mas, e principalmente, quando se achar em condições de retornar ao mesmo.

O assistente social nesse caso poderá servir de intermediário, quando tal se fizer necessário.

5 — Entrevistas com colaterais, principalmente com a família, devem ser realizadas com frequência, a fim de que esta, também, colabore no plano de tratamento estabelecido.

6 — O assistente social deverá saber distinguir entre aquêles inativos passíveis de serem reabilitados, mas, receiosos de novamente assumirem responsabilidades, devido a problemas emocionais, e aquêles que se valem da doença para viverem em uma situação de dependência.

7 — O assistente social neste campo e aplicando o método de Serviço Social de Casos tem contribuição mais importantes na parte de:

a) mudança de mentalidade do próprio segurado e de sua família;

b) do empregador;

c) da Instituição a que pertence, e ...

d) da Comundade.

**Quanto à Comunidade, dois pontos devem ser focalizados:**

1) Indivíduo deficitário pode, a maior parte das vêzes, devido às novas técnicas médicas, ser recuperado;

2) a Comunidade deve oferecer os recursos indispensáveis à promoção de programas de reabilitação, pois, difìcilmente, uma só Instituição poderá levá-la à cabo.

3) **Previdência:** — Nos Institutos de Previdência esta mudança de mentalidade é muito importante, de vez que o objetivo da mesma, nos dias de hoje, é prevenir ou adiar os riscos cobertos pelo seguro social e recuperar aquêles aos quais os riscos já se tornaram uma realidade. De mais a mais, a Previdência, hoje em dia, caminha a largos passos para a seguridade social.

No momento atual, Previdência abrange os campos de Seguro Social e de Assistência Social. Ex.:

No I.A.P.C.:
plano de benefício
assistência médica
carteira imobiliária
serviço social.

**Limitações e Sugestões**

Um ponto a mais deve ser abordado. Quero me referir às limitações existentes no Brasil para o planejamento e a organização de um programa de reabilitação, seja de âmbito estadual ou nacional.

A meu ver, são as seguintes:

1) Falta, entre as classes trabalhadoras, de educação básica suficiente;

2) Número inadequado de escolas profissionais técnicas ou de escolas de ofícios;

3) Falta de pessoal especializado nas agências estaduais e federais de colocação, capazes de lidar com o incapacitado físico ou mental;

4) Falta de oficinas abrigadas de trabalho, para o treinamento e colocação dos sèriamente incapacitados;

5) Necessidade de os benefícios de previdência serem aumentados;

6) Falta de cooperação e entrosamento entre os IAPs e os departamentos de assistência pública estaduais e municipais, bem como com as obras particulares;

7) Falta de motivação, de parte de um grande número de segurados, dos IAPs, em gôzo de auxílio-doença ou seguro-invalidez, devido à perda de hábitos ou atitudes de trabalho;

8) Falta de compreensão de parte dos institutos de Previdência, como um todo, e da comunidade, em geral, dos objetivos, valores e possibilidades de um programa de Reabilitação Vocacional;

9) Falta de número adequado de pessoal especializado para a equipe de reabilitação. Ex.: o fisiatra (membro essencial da equipe), o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicologista, o orientador vocacional, o técnico em prótese, o assistente social, o técnico em prótese, o enfermeiro, etc.;

10) Na comunidade:

a) Falta de compreensão, nos hospitais, do problema de reabilitação;
b) Carência, quase que absoluta, de centros de reabilitação;

11) Mudança de mentalidade da classe médica;

12) Revisão da Legislação Trabalhista, seguro social etc.

Estas limitações, no entanto, podem e devem ser atenuadas. O problema deve ser encarado com decisão e coragem por todos quantos es interessam pelo reajustamento, à condições normais de vida, daqueles indivíduos que, embora portadores de incapacidades físicas ou mentais ainda pode a sociedade lhes oferecer uma oportunidade para se reabilitarem total ou parcialmente ao trabalho.

As sugestões abaixo, se fossem postas em prática, muito contribuiriam para atenuar e, talvez, um dia, solucionar o problema.

1) Cursos de educação para adultos, através da colaboração do Ministério de Educação e de Secretarias Estaduais e Municipais e de organizações particulares já interessadas no problema;

2) Um centro piloto de reabilitação para os sèriamente incapacitados deveria ser organizado, seja mantido pelo govêrno federal ou estadual ou, talvez, por ambos. Os Institutos de Previdência, com serviço de assistência médica, deveriam também interessar-se pelo assunto e iniciar uma experiência neste campo, de vez que, de perto, sofrem o impacto de problemas, devido ao número sempre crescente de beneficiários do auxílio doença, candidatos potenciais ao seguro invalidez e daqueles que já recebem êste último;

3) As agências de colocação de âmbito federal, estadual ou municipal deveriam ser expandidas e os respectivos padrões de serviço, aperfeiçoados.

Uma secção especial de colocação deveria ser organizada, dentro daquelas agências e pessoal especializado admitido, a fim de se incumbir de auxiliar o reabilitado a obter colocação.

As agências de colocação devem manter estreito contacto com todos os grupos interessados na reabilitação do deficiente e a êste dispensar a maior colaboração.

4) Oficinas abrigadas de trabalho, nos moldes das indústrias de boa-vontade ("Good Will Industries") deveriam ser organizadas com fundos privados e com o apoio da comunidade;

5) Campanhas intensivas, através da imprensa, rádio, televisão, palestras, seminários, filmes sôbre reabilitaão, a fim de se interpretar e divulgar à comunidade os objetivos, valores e possibilidades de um programa de reabilitação;

6) Interpretação, junto aos legisladores federais, estaduais e municipais sôbre a necessidade de se por em prática a legislação já existente sôbre o assunto, saindo-se do plano teórico para o de execução;

7) Interpretação aos empregadores sôbre os objetivos econômicos da reabilitação;

8) Serviço Social de caso deveria ser dispensado, de maneira metódica e intensiva, para motivar os segurados da previdência, em gôzo de benefício, a enfrentar e aceitar a reabilitação, quando a mesma for recomendada por pessoas responsáveis dos institutos;

9) Maior integração de serviços entre as instituições mantidas pelos empregadores e as de caráter público e particular;

10) A falta de pessoal especializado poderia ser atenuada e mesmo solucionada, no futuro, através da adoção das seguintes medidas:

a) acôrdos deveriam ser asinados entre os governos do Brasil (estadual, federal ou municipal) com as Nações Unidas e com o Ponto IV, durante um determinado período de tempo, a fim de aquêles órgãos internacionais proporcionarem assistência técnica naquele campo. Ex.: uma equipe de reabilitação deveria vir ao Brasil para organizar e conduzir cursos em medicina física, fisioterapia, para reabilitação, terapia ocupacional, cursos sôbre prótese, àquelas pessoas, em nosso país, desejosas de se especializarem em um daqueles campos;

b) a equipe em apreço, também, deveria ser utilizada para avaliar algumas das experiências existentes, no Brasil, e para orientar aquêles desejosos de introduzir um programa experimental em Reabilitação Vocacional;

c) bolsas de estudo, em maior número, deveriam, concomitantemente, ser concedidas a pessoas no Brasil que mostrassem real interêsse em se especializarem nos campos já citados. Estas bolsas seriam objeto de convênio entre o Brasil e a ONU e o Ponto IV (algo nesse sentido já vem sendo feito, mas ainda em escala muito reduzida);

d) deveria, outrossim, ser estudado um plano de treinamento intensivo, no Brasil, de técnicos auxiliares em fisioterapia e terapia ocupacional, desde que garantida fôsse uma boa supervisão, acompanhado de estágio.

e) escolas de medicina, de serviço social, de enfermagem, universidades, colégios, associações médicas, profissionais, sindicatos, empregadores e grupos interessados no assunto deveriam ser chamados para colaborar neste processo de treinamento de pessoal especializado. A combinação e a integração de todos os esforços e a adoção das medidas acima, auxiliaria, indubitàvelmente, a atacar-se o problema e a se modificar a mentalidade da comunidade em relação ao mesmo.

* * *

Quanto ao item "2" das sugestões aqui ventiladas, a chegada de técnicos das Nações Unidas, que vêm a São Paulo, com a colaboração da Universidade, para organizar um Centro-Piloto de Reabilitação junto ao Hospital das Clínicas, e a fundação do INAR é muito auspiciosa e é de se desejar que a iniciativa va adiante e que outras entidades, também cuidem do assunto, nunca se esquecendo de que o problema sòmente poderá resolver-se em conjunto e nunca isoladamente. O processo de reabilitação não pertence nem a êste nem àquele. E' um trabalho entrosado, de equipe, e que visa devolver à sociedade indivíduos outrora improdutivos, mas, hoje, graças aos seus próprios esforços e o de muitos outros, são membros produtivos e ativos de uma comunidade.

Dentro do complexo quadro em que se situa o problema da reabilitação, êstes são os caminhos que se afiguram mais lógicos e conducentes a satisfatórios resultados. Não pode ser ignorada nem afastada a premente necessidade de ser dada uma solução ao problema dos deficientes físicos ou mentais. Legiões de seres humanos aguardam, anciosamente, uma oportunidade que lhes vem sendo negada. Esperamos, porém, por imperativos de justiça, haja profundas modificações no estado atual em que se apresenta a situação, abrindo perspectivas amplíssimas para quem ter o direito de vencer.

**Sugestões especiais para o I.A.P.C.**

Em vista da experiência do Serviço Social do I.A.P.C., sôbre reabilitação; e porque o Serviço Social encara a pessoa do segurado e seus dependentes diretos como um "todo" e está interessado pela reabilitação social e vocacional do indivíduo; e porque o Serviço Social já possue um orçamento especial através do qual os serviços de reabilitação poderiam ser custeados, desde que haja mais fundos disponíveis, sinceramente creio que o programa de reabilitação vocacional deveria ser iniciado, experimentalmente, sob a direção do Serviço Social.

Além do mais, o Serviço Social no Instituto, tem uma função coordenadora e mantém boas relações com tôdas as Divisões e Serviços, principalmente com o Departamento Médico e o de Beneficios, assim como com agências sociais e indivíduos da comunidade, interessados com os problemas sociais.

O ponto de partida poderia ser o seguinte: —

1) — Seleção cuidadosa dos casos de reabilitação deveria ser feita pelo Departamento Médico, com a colaboração do Serviço Social;

2) — Diagnóstico vocacional deveria ser estabelecido e alcançado o objetivo de um emprêgo, depois de cuidadosa e completa avaliação do caso.

3) — A participação do cliente, sua família, empregadores e outros, deveria ser obtida no plano de tratamento.

4) — Restauração física intensiva e serviço social de caso deveriam ser proporcionados concomitantemente, dentro do Ambulatório e no Hospital, e seguimento do caso afim de se determinar o progresso do cliente no processo de reabilitação.

5) — Uso completo dos recursos existentes na comunidade deveria ser feito no que tange às facilidades do ensino vocacional ou profissional e colocação em emprêgos.

6) — Seguimento do reabilitado, no emprêgo, a fim de se provar o valor do serviço de reabilitação ao cliente, ao empregador, ao instituto de previdência e à comunidade.

7) — Cursos internos de treinamento poderiam ser iniciados nos institutos, a fim de divulgar, entre os assistentes sociais, a complexidade do processo de reabilitação e conhecimento específico sôbre classificação de emprêgos; testes psicológicos e informações sôbre mercado de trabalho devem ser acrescentados. Os assistentes sociais poderiam ser utilizados como orientadores, tanto mais que convencida estou de que a sua base profissional é excelente para utilisação dos métodos e das técnicas necessárias à orientação vocacional.

8) — Outros cursos internos para treinamento poderiam também ser organizados, com a cooperação do Serviço Médico, para funcionários do I.A.P.C., interessados em trabalhar no novo programa (médicos, enfermeiras, e outros deveriam ser convidados e estimulados para assistí-lo).

9) — Entendimentos deveriam ser levados a efeito com as Escolas de Serviço Social no sentido de incluir em seu currículo, assuntos específicos relacionados ao campo de reabilitação (classificação de emprêgos, mercado de trabalho e testes psicológicos).

10) — Estágio aos estudantes interessados, em especialisar-se no campo da reabilitação deveriam ser proporcionados.

11) — Estudos poderiam ser feitos para que os serviços de reabilitação se tornem, no futuro, unidades separadas do Serviço Social, com seu próprio orçamento, pessoal, isto é, pessoal técnico e administrativo.

12) — Interpretação contínua ao Instituto e à Comunidade, através de todos os meios possíveis, poderia ser intensificada durante o período experimental.

# Dimensão ignorada em reabilitação

WILLIS C. GORTHY *

**Tradução:** LUIZA BANDUCCI

Na prática científica de reabilitação, homens e mulheres, leigos e profissionais, trabalham harmoniosamente em vista de um objetivo comum. Procuram, juntos, desenvolver ao máximo, o potencial de homens, mulheres e crianças incapacitados, para que êstes possam levar uma vida normal, confortável e ativa.

O Centro de Reabilitação, no sentido amplo, estabelece-se dentro da comunidade como uma facilidade, especialmente adaptada para atender aos problemas dos incapacitados.

No futuro êsses centros se estabelecerão em número sempre crescente. Essa tendência para o desenvolvimento de centros de reabilitação, foi influenciada pela recente disposição legal que não só estimula a expansão de centros com vasta extensão de serviços como também fornece ao centro os fundos necessários para êste possa adquirir serviços para os incapacitados nas obras estaduais de reabilitação.

## ATIVIDADE PROFISSIONAL E ADMINISTRATIVA

Para que um centro, na comunidade, possa funcionar satisfatòriamente, três principais atividades são necessárias. Em primeiro lugar temos a área destinada ao trabalho profissional. A segunda é a rotina administrativa que abrange os assuntos relativos a qualquer uma dessas obras. Estas duas áreas de atividades estão claramente definidas e são geralmente vistas, dentro de um centro de reabilitação, em suas perspectivas apropriadas. A terceira atividade será o objeto dêsse relatório.

## PAPEL DA ADMINISTRAÇÃO

O terceiro elemento ainda não foi claramente definido, embora sua presença seja imprescindível à eficiência do centro de reabilitação. E' bem pouco compreendido mas mesmo assim de tal importância para a reabilitação que penso denominá-lo como "dimensão desconhecida na reabilitação". Consiste na introdução e aplicação de princípios administrativos sadios na direção do trabalho do centro.

Administração é a técnica usada por uma organização para conseguir determinados objetivos com a utilização máxima do pessoal, facilidades e fundos disponíveis. Numa pequena organização, a necessidade de seguir os princípios de boa administração, quando aplicáveis, não são prementes. Nêsse caso, o funcionamento se caracteriza pelo fato de ser possível a cada indivíduo familiarizar-se com os detalhes do funcionamento e lhes dar uma orientação pessoal.

Numa organização tão complexa quanto um amplo centro de reabilitação, com múltiplas disciplinas, articuladas muitas vêzes como uma série de negócios e vários tipos de atividades industriais, a aplicação dos princípios de boa administração é essencial.

A ignorância dêsse fato coloca em perigo a posição do centro por ser êle força eficiente a serviço das pessoas incapacitadas da comunidade. Nenhum indivíduo, sòzinho terá a capacidade de conduzir pessoalmente todos os detalhes dessa espécie de funcionamento.

Nessas condições, as técnicas de administração devem ser utilizadas para tornar o funcionamento de uma organização complexa tão eficiente quanto o de uma pequena.

## COMPLEXIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO

Não se pode negar que o funcionamento de um centro de reabilitação seja um assunto complexo, pois, êle se relaciona com os problemas humanos mais complicados, cujas soluções exigem a aplicação do mais alto nível de coordenação de inúmeras habilidades profissionais.

Realidades práticas do mundo de negócios e representadas pelos empregadores dos deficientes, pelas companhias de acidentes de trabalho, e também por agências estaduais de reabilitação, devem ser enfrentadas.

Ao mesmo tempo, os problemas pessoais e sociais dos clientes, muitos dos quais jamais entrarão nas forças produtivas de trabalho, devem ser tratados adequadamente. Os serviços devem ser fornecidos tanto aos que possuem meios para pagá-los, como aos que dependem da assistência pública e necessitam de grande apôio da comunidade.

Além de todos êsses problemas a administração está ligada a diversas atividades, tais como: facilidades médicas de âmbito amplo mas específico, vasto programa de ensino e pesquisa, oficinas abrigadas de trabalho em competição com a indústria através de sub-contratos e talvez, uma clínica de higiene mental. Lembrada seja a necessidade de estabelecer e manter relações positivas com as obras governamentais, profissionais e outros grupos de obras particulares que um trabalho tão extenso necessita. Quando tudo fôr verificado, talvez se possa reconhecer que o funcionamento de um centro de reabilitação apresente problemas de administração que vão além das amplas áreas de interêsse profissional.

## A EQUIPE PROFISSIONAL

E' aceito o fato que a reabilitação exige trabalho em equipe do mais alto padrão, aplicado aos problemas das pessoas incapacitadas. A equipe profissional naturalmente é o coração e a alma da reabilitação. Na realidade, a verdadeira reabilitação sòmente poderá ser conseguida quando a equipe for formada por membros eficientes e competentes, caso não existam brechas nos serviços profissionais e conflitos permanentes de personalidades.

As funções da rotina administrativa são organizadas para completar a atividade profissional. Embora devam ser conduzidas tão eficientemente quanto possível, devem também ser dirigidas no sentido de servir às necessidades dos profissionais. Êste tipo de atividade administrativa facilita a prestação de serviços profissionais aos clientes.

Êste serviço prestado ao cliente é muitas vêzes classificado como "orientação do cliente". A administração do centro de reabilitação não deve ser confundida com a orientação do cliente, pois, esta é uma função que exige julgamento profissional. A administração de um centro de reabilitação está sob o título da **"administração de emprêsa"**.

Em muitos aspectos, esta é uma especialidade peculiar. Formase das experiências decorrentes das habilidades básicas em

---

* Diretor do Institute for the Crippled and Disabled, Nova Iorque

áreas tais como: planejamento do programa, finanças, relações com a comunidade, administração de pessoal e outras habilidades que são normalmente incluidas no treinamento dos profissionais em reabilitação.

Por outro lado, um amplo centro de reabilitação não pode funcionar com a máxima eficiência se os profissionais componentes do pessoal, principalmente, os chefes dos departamentos profissionais, não fizeram parte da equipe da administração e sua aplicação. A maioria dos profissionais, se auscultadas fossem suas preferências, aplicariam todos os esforços de suas habilidades profissionais na ajuda da solução dos problemas dos clientes incapacitados. Inevitàvelmente, à medida que o centro de reabilitação cresce em tamanho e complexidade, os chefes dos departamentos profissionais enfrentarão mais e mais problemas administrativos que desviarão sua atenção dos serviços diretos prestados aos clientes. Uma vez que essas pessoas chaves formam o núcleo de **equipe de tratamento**, devem da mesma forma participar da **equipe total de administração**, liderando os esforços do centro no sentido de intensificar os programas profissionais e estabelecer seu lugar na comunidade. E' meu objetivo esboçar alguns dos conceitos básicos de boa administração e indicar como um profissional deverá contribuir nêste importante aspecto do funcionamento do centro de reabilitação.

## FASES DA ADMINISTRAÇÃO DE UM CENTRO

A administração de um centro inclui três fases principais: a primeira é o desenvolvimento das normas sob as quais o centro funcionará. A segunda, diz respeito ao funcionamento diário da obra. A terceira, de uma certa maneira coincide com as outras duas, abrange o estabelecimento de relações sólidas e eficientes entre o centro e a comunidade.

O chefe de cada departamento profissional dentro do centro de reabilitação participa da administração de três maneiras:

1 — Determina normas básicas para conduzir sua especialidade profissional, incluindo as modificações necessárias ao funcionamento prático, necessidades de ensino e atividades de pesquisa.

2 — Dirige sua atividade profissional dentro das normas e processos aprovados, dentro dos limites do pessoal, espaço e fundos disponíveis e de acôrdo com os padrões profissionais aceitos.

3 — Estabelece e mantem relacionamento com os grupos profissionais e outros, dentro da comunidade.

A maioria dos centros de reabilitação nêste país são obras particulares com fins não lucrativos cujas atividades são governadas por membros de um conselho diretor. O conselho diretor está investido da responsabilidade de determinar as normas gerais sob as quais o centro deverá funcionar. Da mesma forma, é prática aceita o estabelecimento de um conselho médico que dirige o programa médico do centro.

Todavia, para ser realista, no que diz respeito ao processo pelo qual o sistema total se desenvolve, é de bom alvitre reconhecer-se que o sistema que atende eficientemente as diversas necessidades do centro deve emanar do pensamento dos vários departamentos profissionais, ao diretor executivo e dêste ao conselho diretor.

## PRINCÍPIOS EFICIENTES

Os princípios que norteiam qualquer organização constituem a a base de seu trabalho. Êsses princípios precisam ser firmes mas não obstinados. Em reabilitação de modo especial, êles devem ser revistos constantemente, acompanhando a possibilidade evolutiva da reabilitação no sentido de atender mais eficientemente os problemas dos incapacitados. Como um corolário ao que foi dito, pode ser afirmado que os princípios progressistas e de larga visão formam o alicerce para o progresso da reabilitação.

As determinações de normas se referem a todos os aspectos do programa de reabilitação. Alguns dos principais assuntos que exigem o estabelecimento de princípios são: —

1 — Tipo estrutural da organização.
2 — Extensão dos serviços profissionais.
3 — Número de casos.
4 — Tipos de clientes a serem servidos.
5 — Fontes de encaminhamento.
6 — Arranjo de facilidades.
7 — Amplitude de ensino e pesquisa.

No centro o chefe de cada disciplina profissional deverá desenvolver e recomendar as normas diretrizes de sua área profissional, que por sua vez devem ser incluidas nas normas gerais que regem o funcionamento do centro. Deve ser salientado o fato de que a direção não elabora as normas profissionais. Sua função é a de reunir as recomendações feitas pelos diversos profissionais e desenvolver após um programa unificado para ser apresentado à diretoria. Tal técnica deverá resultar das recomendações completamente coordenadas por todos os chefes de departamento que trabalham em conjunto.

## PLANEJAMENTO DO PROGRAMA

Falar, evidentemente, é muito mais fácil do que fazer. Podem ser necessárias muitas modificações, no programa inicialmente recomendado, antes de chegar-se à decisão final. Pode existir falta de fundos, ou um dos profissionais pode não estar disponível. Frequentemente, há falta de local e equipamento. Existe, geralmente, a necessidade de desenvolver o relacionamento com outras normas, bem como resolver conflitos entre as profissões, a respeito das respectivas áreas de funcionamento. Êsses passos no planejamento do programa, são importantes para que êste seja adequado às exigências do funcionamento diário. Nunca se deve permitir que o programa se torne inflexível. Êste deve ser revisto contínuamente para acompanhar a época, a natureza dos casos admitidos, os fundos e facilidades disponíveis. Esta flexibilidade facilita o aproveitamento das capacidades do centro para a criação de serviços ampliados de maneira geral. Nêste aspecto o chefe do departamento tem a responsabilidade de determinar as necessárias mudanças e fazer as recomendações que essas modificações exigem.

## DIRETRIZES NO FUNCIONAMENTO DIÁRIO

A segunda fase da administração diz respeito ao verdadeiro funcionamento das áreas profissionais para as quais o programa foi estabelecido e as responsabilidades atribuidas. Isto é de absoluta responsabilidade do chefe de cada departamento profissional. As responsabilidades do chefe do departamento profissional no funcionamento diário de um centro de reabilitação inclui:

1 — Direção das atividades profissionais que lhe foram atribuidas, no mais alto padrão de competência profissional possível.

2 — Seleção e utilização efetiva dos profissionais.

3 — Seleção, arranjo e uso do equipamento.

4 — Desenvolvimento, com pessoal da administração, de amplo trabalho administrativo no sentido de modificar e estabelecer processos eficientes de funcionamento, preparação de orçamentos, coleta de dados estatísticos, etc.

5 — Direção de tôdas as atividades do pessoal a êle subordinado, de acôrdo com o pessoal do centro e as práticas de emprêgo.

O desenvolvimento dos detalhes processuais em tal sistema deve ser de competência do profissional. Aqui o pessoal administrativo ajudará na verificação de que os processos não são excessivamente complicados de que a maior parte dos detalhes do trabalho de escritório serão conduzidos pelo pessoal não profissional e de que também as necessidades de aspecto estritamente comercial do funcionamento do centro serão atendidas. Êsse trabalho em conjunto, deverá resultar num sistema que assegure a execução pronta do programa profissional prescrito ao cliente bem como sua revisão dentro de intervalos adequados.

Nesta fase administrativa, é claro, que o chefe de cada departamento profissional terá um importante papel a desempenhar no sentido de assegurar para o sistema administrativo a contribuição visando o cumprimento dos requisitos profissionais. O pessoal administrativo funcionará mais eficientemente quando tiver conhecimentos gerais sôbre os problemas dos profissionais. Da mesma maneira, os profissionais necessitam levar em consideração as técnicas administrativas.

**Conclue no rodapé da pg. 187**

**BOLSA DE ESTUDOS "LAIS NETTO DOS REYS"**

Histórico: — Bolsa instituida pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — ABEn — e patrocinada pelo LABORATÓRIO CRINO-SÊDA DE SUTURAS CIRÚRGICAS S. A., distribuida anualmente.

Contemplada: — **Irmã Francisca Martins de Moura.**
Professora de Técnica de Sala de Operações na "Escola de Enfermagem N.S. das Graças" e chefe do Centro Cirúrgico do Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas — IAPETC"", sediados no Recife, Estado de Pernambuco.

Estágio: — Será feito em São Paulo, em o "Hospital das Clínicas" da FACULDADE DE MEDICINA, DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

Comentários: — As concorrentes à Bolsa de 1959, revelaram possuir excelente preparo e ótimo conhecimento da profissão, apresentando trabalhos dignos de louvor.
Foi árdua a tarefa da Comissão Julgadora, selecionar entre tão bons trabalhos o melhor.

Acreditamos que ainda existe um preciável número de enfermeiras que ignoram a existência da Bolsa de Estudos "LAIS NETTO DOS REYS", instituida pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — ABEn — e patrocinada pelo Laboratório.

Seu conhecimento pelo maior número possível das nossas dedicadas enfermeiras, ensejará em o próximo ano uma maior concorrência à Bolsa, dando à competição seguro êxito e maior brilhantismo.

**CONFERÊNCIA SÔBRE REABILITAÇÃO**

O dr. Orlando Massa Fontes, médico do IAPI, esteve em Recife especialmente convidado para realizar uma série de palestras sôbre problemas ligados à reabilitação na sede da Assembléia Legislativa.

**"REABILITAÇÃO PROFISSIONAL PARA TUBERCULOSO"**

O Centro de Estudos Médicos do IAPI dos Industriários (CEM), na sessão ordinária de 4 de junho de 1958 fez discutir os seguintes temas: I — Conferência sôbre "REABILITAÇÃO PARA TUBERCULOSOS" — Prof. dr. Custódio Carvalho de Souza 2 — CASOS DE CIRURGIA TORÁCICA — — Dr. Walter Karl Buhler.

**INSTRUÇÃO DE RECUPERADORES**

Curso de Extensão Universitária da Cadeira de Fisioterapia Aplicada, da Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil, a ser ministrado no Centro Cirúrgico e Ortopédico Barata Ribeiro, pelo prof. Camilo Manoel Abud. Início do Curso: 17 de março, sendo as aulas diàriamente, das 8 às 12 horas. Inscrições na Reitoria da Universidade do Brasil.

O INAR, está propiciando cursos de formação de técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional, desde março do ano corrente.

---

Conclusão da página precedente:

**RELACIONAMENTO COM GRUPOS DA COMUNIDADE**

A ampla área do relacionamento com outros grupos e obras, é da responsabilidade dos membros profissionais. Os grupos e obras podem ser geralmente classificados como grupos ou associações profissionais, agências profissionais, obras de encaminhamento e de levantamento de fundos. A participação dos profissionais no desenvolvimento de relações mais fortes com a comunidade tem os seguintes objetivos:

1 — **Grupos profissionais:** — assegurar melhor compreensão das funções do centro e mais estreita participação nos seus programas.

2 — **Obras de encaminhamento:** — melhorar e dar mais rapidez ao serviço de informações adequadas à história do cliente.

3 — **Agências profissionais:** — desenvolver programas conjuntos e coordenados para os clientes do centro.

4 — **Obras de levantamento de fundos:** — desenvolver arranjos financeiros para serviços, pesquisas e apôio geral.

Dêsses relacionamentos, alguns constituem responsabilidade de apenas um profissional. Outros exigem participação conjunta de vários membros do pessoal, inclusive o pessoal administrativo e o diretor executivo do centro. Visto o estreitamento dessas relações com obras externas conduzir à possível mudança na natureza dos encaminhamentos e no escôpo do serviço dentro do centro, esta atividade compete à direção geral. O programa necessitará de revisão constante, para atender as relações recentemente estabelecidas e consecutivas mudanças nos processos de funcionamento também precisarão ser consideradas.

**O PAPEL DO CENTRO NO ENSINO E PESQUISA**

A administração progressista de um centro de reabilitação tem obrigação de estender suas atividades além do âmbito de tratamento e de preferência em colaboração com uma instituição educacional da comunidade. Deve estimular a utilização de seu pessoal e facilidades para o ensino de estudantes de outros que queiram continuar seu treinamento. Demonstrações para grupos profissionais de negócios e outros, constituem uma área especial de educação da comunidade a ser desenvolvida pelo centro. Como ensino, a pesquisa é importante trabalho para muitos centros. As modificações do programa e funcionamento que se façam necessários para acomodar êsses complementos são de vital importância para o pessoal profissional, administrativo e direção geral.

A direção poderá ser considerada uma atividade cíclica, um processo interminável que guia e coordena sem exceção as funções de muitas pessoas de vários conhecimentos na consecução de objetivos difíceis e importantes. O profissional é vital para o funcionamento dêsse processo administrativo. Sem dúvida, êle é uma parte da direção.

**SUMÁRIO**

Os profissionais de um centro de reabilitação desempenham um papel essencial na sua direção. A execução satisfatória dessa tarefa, seja quem for que a desempenhe, ajuda o estabelecimento de alicerces para serviços de reabilitação superiores, conduzindo ao mais alto plano profissional.
Com tal conceito de administração, há boas razões para se prever que seja máxima a execução de serviços, às pessoas deficientes, dentro da capacidade do pessoal e das facilidades disponíveis. Além do que êste alto padrão de eficiência pode ser conseguido por custo relativamente razoável.

Êste tipo de administração, que conduz a êsses resultados, é geralmente uma dimensão desconhecida em reabilitação. Os homens e mulheres trabalhando em reabilitação devem a êles mesmos, assim como aos seus clientes e à comunidade, uma compreensão melhor da capacidade administrativa em produzir um clima conducente a realizações superiores. Sòmente quando esta compreensão for conseguida poderá dizer-se que verdadeiramente a administração deixou de ser uma dimensão desconhecida e que o modêlo para atingir níveis máximos de realização já foram alcançados.

## CENTRO DE RECUPERAÇÃO MOTORA

Na Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, o deputado Lopes Maia apresentou um projeto de lei considerando de utilidade pública o Centro de Recuperação Motora do Nordeste, com sede e forum no Recife.

## 1.a ESCOLA ESPECIALIZADA PARA ENSINO DE CRIANÇAS RETARDADAS

Inaugurou-se em 2 de abril de 1959 oficialmente, com a presença de representantes de autoridades estaduais, na antiga sede do Grupo Escolar "Dr. Julio Ribeiro", à rua Major Diogo, 200, a I Escola Especializada para o Ensino das Crianças Mentalmente Retardadas. Fazendo uso da palavra, o psiquiatra Joy Arruda, diretor da Secção de Higiene Mental Escolar da Divisão do Serviço de Saúde Escolar, órgão técnico da Secretaria da Educação, presidente da Associação de Pais e Mestres das Classes Especiais depois de apresentar um histórico do empreendimento salientou os objetivos principais da escola. A sra. Yolanda Carvalho Pinto cortou a faixa simbólica, inaugurando as novas instalações e o rev. padre Olavo Pizotti, paroco de Vila Madalena, deu a benção aos alunos. As crianças representaram alguns números festivos em homenagem à sra. do governador do Estado, a seguir, foi promovida uma visita à exposição de trabalhos manuais das alunas, e à sala em que se encontra o material de testes psicológicos. Falou ainda a sra. Rosa Forenzano que prestou homenagem à sra. Jay Arruda Piza, diretora do semi-internato da Escola das Crianças Mentalmente Retardadas. Entregou, a seguir, uma placa à sra. Carvalho Pinto.

### Secção de Higiene Mental

Remontando às origens da escola, a sra. Joy Arruda referiu-se, de início, às atividades da Secão de Higiene Mental Escolar da Secretaria de Educação e Saúde, a qual trata das crianças de nossas escolas públicas que apresentam dificuldades psiquicas de qualquer natureza, com as consequentes manifestações de mau aproveitamento escolar ou de má conduta. A repartição, criada em 1939, cuida da assistência à criança, problema da formação de técnicos, psicologistas, médicos, professores especializados e da assistência médica, psicológica e pedagogica à criança mentalmente retardada.

### Assistência à criança retardada

A Secção de Higiene Mental Escolar possui uma clínica de seleção e estudo da criança, 58 classes especiais, das quais 49 na Capital e 9 no interior do Estado. Essas classes especiais são instaladas nos grupos escolares, fazendo portanto parte do ensino primário.

Em 1939, foram criadas duas classes especiais no bairro de Bela Vista. Havia, porém, o inconveniente da condução, pois as crianças vinham de longe.

### A criação da escola

Para facilitar a tarefa, a sra. Jay Arruda Piza criou um semi-internato no local com assistência material para a criança, além da pedagogica. As mães, podendo deixar lá os filhos, tinham o seu tempo livre para trabalhar, e as crianças podiam passar o dia livres da má influência da rua. Ao trabalho da sra. Jay Piza associaram-se outras professoras e com o auxílio de pais de crianças retardadas de maiores possibilidades econômicas, criaram a Associação de Pais e Mestres das Classes Especiais.

### Auxílio do governo

Em 1958, o governo do Estado deu seu apoio à iniciativa, oficializando a escola, que passou a funcionar no prédio do Grupo Escolar "Julio Ribeiro" com a possibilidade de dar assistência a 100 crianças. As instalações foram doadas pelo "Lyons Club" e pela Associação de Pais e Mestres. Essa entidade, em colaboração com a Secção de Nutrição do Serviço de Saúde Escolar, vem fornecendo alimentação às crianças que recorrem à escola.

## I SIMPÓSIO SÔBRE REABILITAÇÃO EM TUBERCULOSE, 16-4-58

Pela primeira vez no Brasil, uma entidade especializada, no caso a Sociedade Brasileira de Tuberculose promoveu um Simpósio sôbre Reabiiltação em Tuberculose A reunião teve lugar no salão da Escola Nacional de Belas Artes, tendo os trabalhos decorrido sob a presidência do Dr Lourival Ribeiro, diretor do Serviço Nacional de Tucerculose, sentando-se à mesa ainda os Profs. Aloysio de Paula, presidente da Sociedade Brasileira de Tuberculose, Raphael de Paula Souza, antigo diretor do Serviço Nacional de Tuberculose e criador da Campanha Nacional contra a Tuberculose; e o Dr. Antonio Campos, secretário da Sociedade Brasileira de Tuberculose. Foram relatados seis temas, com interessantes debates e conclusões das mais objetivas, despertando o interêsse de pessoas ligadas às atividades de luta contra a peste branca, em todos os setores: médicos, enfermeiras, assistentes sociais, técnicos em reabilitação, diretores de sanatórios, etc.

Abrindo os trabalhos, o Prof. Aloysio de Paulo comunicou à Casa o falecimento do Prof. Afonso Mac Dowell, antigo presidente da Sociedade Brasileira de Tuberculose, propondo ao mesmo tempo, voto de pesar pelo acontecimento. Enaltecendo as qualidades do saudoso tisiologista, o Prof. Aloysio de Paula informou que a Sociedade, em sua próxima sessão ordinária, dedicará a ordem do dia à memória do Prof. Mac Dowell. A seguir, convidou o Dr. Lourival Ribeiro a assumir a direção dos trabalhos, e o Prof. Paula Souza a tomar lugar à mesa diretora da reunião. O primeiro relator a apresentar seu trabalho foi o Dr. Nelson Etienne Douat, diretor do Sanatório Alcides Carneiro, de Corrêas, que tratou do tema: "Projetos de instalações dos Centros de Reabiiltação para tuberculosos no Brasil". O Dr. Douat, concluindo sua exposição, mostrou aos presentes o projeto em elaboração no IPASE sôbre o assunto. Foram comentadores os Drs. R. de Paula Souza, Orlando M. Fontes e o sr. Luiz José Watson.

O Dr. Luiz Gonzaga de Andrade, do Sanatório de Jaçanã, São Paulo, relatou o tema: "Histórico da reabilitação da tuberculose no Brasil", focalizando o que vem sendo realizado, há muitos anos, pelo Dr. O. Nébias, no referido estabelecimento hospitalar. O seu trabalho foi comentado pelos Drs. Lourival Ribeiro e Aloysio de Paula. A seguir, coube ao Dr. Orlando M. Fontes, do IAPI, apresentar o relatório oficial sôbre o III tema: "Planejamento, implantação, execução e reajustamento dos programas de trabalho dos Centros de Reabilitação para tuberculosos", tendo cabido aos Drs. Luiz Gonzaga de Andrade e Paula Martins Tavares, aquêle do Sanatório de Jaçanã e êste do Sanatório de Curicica, fazer os comentários sôbre o tema.

Após alguns minutos concedidos pela Mesa aos relatores oficiais, que responderam a perguntas formuladas pelo auditório e pelos comentadores, o Prof. Aloysio de Paula levantou a sessão, para um intervalo, em que, no Jockey Clube, homenageou com um almoço a delegação paulista e aos Drs. Lourival Ribeiro, Flávio Poppe, Orlando Fontes, Arthur Henrique e Dra. Maria Elisa Batista. O Prof. Aloysio de Paula, ladeado pelo Prof. Paula Souza e d. Adelaide de Morais Paula Souza, manifestou sua satisfação pelo êxito com que decorriam os trabalhos do I Simpósio organizado pela Sociedade que ora preside.

Na segunda parte dos trabalhos, finalmente, no mesmo local e ainda sob a presidência do Dr. Lourival Ribeiro, foram apresentados os relatórios oficiais do IV tema: ("A reeducação funcional dentro de um programa de reabilitação para tuberculoso"), de que foi relator o Dr. Custódio de Souza, do Conjunto Sanatorial de Curicica; comentado pelo Prof. Aloysio de Paula; do V tema ("O problema da reeducação do egresso tuberculoso"), relatado pelo Dr. Alferes Galdino, da ISARE, e comentado pela Dra. Idalina Campos, e Dr. Elí Bahia de Almeida, do IAPB; e do VI tema ("Rendimento, cálculo e contabilização do custo de produção de um Centro de Reabilitação") do qual foi relator oficial o Dr. Arthur Henrique Ennes de Almeida, diretor do Conjunto Sanatorial de Curicica, comentado pelos Drs. Fábio Fonseca e Silva e d. Nilda Ney, assistente social chefe da C.N.C.T.

## REABILITAÇÃO EM TUBERCULOSE

Realizou-se em São Paulo, no dia 6 de abril p.p., às 20 horas no Instituto Clemente Ferreira, na rua Consolação, 717, a 1.a Reunião da Comissão Técnica de Reabilitaão em Tuberculose, da Secretaria da Saúde.

Durante a reunião, franqueada aos interessados, foi apresentado o anteprojeto do Centro Piloto de Reabilitação, que o govêrno do Estado construirá nesta Capital.

A contrução do Centro constituirá grande progresso no programa de assistência social ao tuberculoso curado, estabelecido pela Secretaria da Saúde como providência essencial ao perfeito desenvolvimento da luta contra a tuberculose.

Faz parte dos planos da Secretaria da Saúde a instalação condigna de centros de reabilitação em todos os hospitais da Divisão do Serviço de de Tuberculose. Esses centros, aliás, já existentes em alguns dos hospitais da D. S. Tub., destinar-se-ão não apenas a proporcionar reabilitação aos pacientes em condições de alta, como também permitirão que pacientes crônicos e sem possibilidades de retorno imediato à sociedade, executem trabalhos compatíveis com seu estado de saúde, que lhes proporcionarão possibilidade de ainda serem uteis à coletividade e às suas famílias.

## PREPARATIVOS PARA O XII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

**No clichê, Dna. Maria Aparecida Fernandes Corrêa, discutindo detalhes da programação com enfermeiras do Instituto de Puericiultura.**

### XII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM

Será realizado em São Paulo, de 19 a 26 de julho de 1959, no Colégio N.S. de Sion, à Av. Higienópolis, 901, o XII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem, Secção de São Paulo sob a presidência da Sra. Maria Aparecida Fernandes Correa, o conclave reunirá mais de 700 enfermeiras de todo o Brasil, além de representantes de outros países sul americanos. Entre as teses a serem discutidas na importante reunião, destacam-se a melhoria da assistência de enfermagem ao público, através dos hospitais e unidades sanitárias, e a organização das escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, e meios para o seu ensino mais eficiente. A visitação a entidades hospitalares e a pontos pitorescos de São Paulo se encontra no programa do XII Congresso Brasileiro de Enfermagem, cuja inauguraração contará com a a presença do Presidente da República, do Governador do Estado e de outras altas personalidades.

### DIA DAS SANTAS CASAS

Dia 2 de Julho, na ocorrencia da data dedicada pela Igreja á Visitação de Nossa Senhora a Santa Isabel, as Santas Casas do Brasil e de Portugal comemoram sua festa tradicional, lembrando a instituição desses pios estabelecimentos, pela rainha d. Leonor, nos albores do seculo XVI.

A Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo o celebra ás 9 horas na capela do Hospital Central, á rua Cesario Mota, 112, missa festiva. Logo após, no salão nobre, haverá sessão solene comemorativa do I Centenário da vinda ao Brasil das Irmãs da Congregação de São José, que tão relevantes serviços têm prestado á instituição. Serão oradores os irmãos embaixador José Carlos de Macedo Soares e prof. Carlos de Macedo Soares e prof. Lucas Nogueira Garcez.

### CONGRESSO NACIONAL DO C.I.C.

A SECÇÃO BRASILEIRA DO COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES fará realizar na cidade de Poços de Caldas. (Estado de Minas Gerais), o seu próximo CONGRESSO NACIONAL, de 18 à 24 de outubro do corrente ano.

Para êsse Certame, estão sendo convidados os Membros de todas as Regionais do C.I.C., assim como a classe médica brasileira e Internacional.

Estão programados os seguintes Temas:

**Temas oficiais**

1.o) — PROBLEMAS TÉCNICOS DO CIRURGIÃO NAS CIDADES DO INTERIOR (ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS REGIONAIS PADRÕES).

2.o) — FORMAÇÃO E TREINAMENTO DO CIRURGIÃO.

3.o) — COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS PELAS TÉCNICAS DE BILROTH I e II NO TRATAMENTO DA ULCERA GASTRO DUONAL.

**Mesas redondas**

1) — ANESTESIA EM CIRURGIA TORACICA.

2) — CANCER VESICAL.

3) — CIRURGIA DOS ANEURISMAS DA AORTA.

**Colóquio:**

— ESPONDILARTROSES.

**Temas livres**

— Serão aceitos TEMAS LIVRES de assuntos novos de interêsse cirúrgico. Experiência pessoal.
Tempo máximo de exposição: 10 minutos, inclusive projeção.

— Haverá sessões de Filmes Científicos.

**Exposição:**

— Exposição de Equipamentos Hospitalares.
— Exposição de Stands de Laboratórios.
— Exposição Científica.

A Comissão Organizadora do Congresso solicita aos Colegas interessados, que enviem suas inscrições para a secretaria do Congresso, à Rua Dona Veridiana. 661 — em São Paulo (Fones: 35-9700 e 34-4444).

### SEMINARIO DE REABILITAÇÃO

Realizar-se-á nos dias 3 ,4 e 5 de setembro de 1959 um seminário sobre reabilitacão, dirigido pelo Coordenador Nacional de Reabilitação, Prof. F. E. Godoy Moreira, na séde do Instituto Nacional de Reabilitação, em São Paulo, com cooperação de técnicos de sua equipe e técnicos da OMS.
(Endereço: INAR — Caixa Postal 8091 — São Paulo).

### IV CURSO DE REUMATOLOGIA

Será realizado pela Sociedade Paulista de Reumatologia, de 17 a 28 agosto de 1959.

### PREMIO PARA ENFERMEIROS

Nestes últimos anos vem-se desenvolvendo no Brasil, de modo promissor, o ensino da enfermagem.

Fiel ao princípio a que obedece, de prestar irrestrita colaboração ao ensino em nosso País, o LABORATÓRIO CRINO-SÊDA DE SUTURAS SIRÚRGICAS S.A. deliberou patrocinar o Prêmio que a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM ABEN — acaba de instituir com a finalidade de incentivar trabalhos inéditos ou de real valor sôbre "Centros Cirúrgicos" em nosso meio.

Êsse Prêmio será conferido pela primeira vez por ocasião do próximo CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. Publicaremos seu regulamento no próximo volume.

## RECUPERAÇÃO DE NEUROPATAS

A "Casa das Palmeiras", entidade que tem por fim a recuperação dos egressos de estabelecimentos psiquiátricos e o tratamento de neuróticos pelos métodos de terapêutica ocupacional e da psicoterapia, em regime de externato, promoveu, a partir do dia 14 de julho de 1958, o seu primeiro Curso de Terapêutica Ocupacional aplicada à Psiquiatria, com a duração de 12 semanas.

Fica a sede da "Casa das Palmeiras", à rua Haddock Lobo, 296, Rio de Janeiro.

## PROBLEMA DA VOZ E DA PALAVRA

De 4 a 9 de agôsto de 1958 foi realizado no Rio, um curso sôbre "Problemas da Voz e da Palavra", ministrado pelo Prof. Renato Segre, professor de Foniatria em Torino (Itália) e Buenos Aires, e pelo Dr. Pedro Bloch, presidente do Departamento Foniatria da Sociedade de Otorrinolaringologia do Rio de Janeiro. O Prof. Renato Segre é um dos maiores mestres da especialidade, vicepresidente da "Associação Internacional de Foniatria", de Nova York, do conselho de direção de "Folia phoniatrica", diretor da Revista de Fonologia Y Audiologia" e tratadista de renome.

## SERVIÇO NACIONAL DE APROVEITAMENTO DE CEGOS

O diretor do Instituto Benjamin Constant encaminhou ao ministro da Educação e Cultura sugestões no sentido de serem proporcionadas possibilidades profissionais mais amplas aos cegos do Brasil, considerando que a matéria já está prevista na legislação que dispõe sôbre o aproveitamento dos indivíduos de capacidade reduzida e que o decreto-lei n.o 5.895, de 20 de outubro de 1943, determina a expedição de normas para a execução de um programa nesse sentido.

As providencias sugeridas visam à elaboração de um anteprojeto de regulamentação daquele decreto-lei, propondo também a criação do Serviço Nacional de Aproveitamento de Cegos, o qual se incumbiria de verificar, por intermedio de assistentes domiciliares e educadores especializados na orientação vocacional dos cegos, as aptidões que poderiam ter aplicações em serviços industriais, nas repartições públicas federais, estaduais e municipais, bem como nas autarquias e emprêsas de economia mista.

O assunto foi encaminhado pelo ministro Antonio Balbino ao Setor de Organização da Assistência Técnica de Educação e Cultura do Ministério, que está procedendo aos estudos finais da matéria.

## SIMPÓSIO SÔBRE REABILITAÇÃO HOSPITALAR EM TUBERCULOSE

A Divisão de Tuberculose da Secretaria de Saúde e Assistência de São Paulo promoveu nos passados dias 13 e 14 de setembro, em Santa Rita de Passa Qutro, um Simpósio sôbre Reabilitação Hospitalar em Tuberculose, durante o qual foram discutidos os seguintes temas: "Psicologia de Reabilitação"; "Aspecto médico da Reabilitaão"; "Organização da equipe de Reabilitação e seu equipamento"; e "Aspectos administrativos da Reabilitação Hospitalar".

Coube ao dr. Paulo Martins Tavares, do Conjunto Sanatorial de Curicica, expor a experiência dos médicos do Ministério da Saúde. Foram comentaristas os Drs José Rosemberg, Roberto Brandi, José Gabriel Borba Paulo Gomes Romero e Pericles da Silva Pereira, d.Rita de Cássia Pereira e Sr. Candido Junqueira.

## LEI 3794 DO EST. DE S. PAULO

O serviço público do Estado de São Paulo admitiu recentemente seis funcionários de capacidade reduzida, todos portadores de defeitos físicos, um sem a mão direita, outro privado da vista e outro surdo-mudo de nascença. Desses três últimos, o primeiro, extranumerário mensalista, está exercendo as funções de escriturário, em um estabelecimento de ensino no interior do Estado. O segundo, possuidor de Certificado de Massagista, exerce sua profissão como extranumerário mensalista, referencia "30", no Departamento de Educação Física e Esportes. O terceiro, finalmente, surdo-mudo, é desenhista. Foi lotado como tal num instituto científico, com vencimentos referencia "27".

Esses seis servidores fazem parte de um grupo de trinta, todos portadores de deficiências físicas, que se candidataram a cargos públicos estaduais com base na lei n.o 3.794, de 5 de fevereiro de 1957, regulamentada pelo decreto n.o 29.958, de 22 de outubro do mesmo ano. Todos se submeteram a exames e os que provaram estar realmente habilitados a exercer suas funções foram aproveitados nas vagas existentes. Transcorridos já alguns meses, os chefes de secções nas quais foram êles lotados são unanimes em comprovar não só a sua aptidão como também, em alguns casos, até em elogiar-lhes o trabalho.

### Objetivo da lei

Como se evidencia dos estudos preliminares para elaboração da referida lei, o objetivo desta é "permitir tenham acesso ao serviço público pessoas que, embora portadoras de deficiências físicas que as inabilitam para determinados tipos de trabalho, dificultando-lhes, por isso, o emprêgo normal de suas atividades, são, ainda assim, capazes de desempenhar outras tarefas com eficiência satisfatória, e de desempenhá-las por tempo suficientemente longo, para que não venham a constituir, dentro de curto prazo casos de aposentadoria precoce, onerando, assim, exagerada e indevidamente os cofres do Estado. Em outros termos: "o Estado deve empregar os indivíduos de capacidade reduzida com as devidas precauções para garantir o real aproveitamento das suas capacidades remanescentes, durante tempo suficientemente longo para justificar o compromisso que firmará com êle, posteriormente, de o manter em aposentadoria".

### Precauções

Diante disso, a própria lei prevê medidas para proteger o tesouro do Estado, entre as quais a exigência de um período de adaptação, de quatro ou de dois anos a partir da data do exercício conforme o caso, durante o qual ficaria o servidor sujeito a inspeções médicas, para verificação das suas condições de saúde, eficiência e ajustamento no ambiente de trabalho.

Por outro lado, o Govêrno não poderia, sem grande sobrecarga para o seu erário, garantir, de imediato, o aproveitamento de todos os indivíduos de capacidade reduzida, independentemente da necessidade ou não de seus serviços para a administração pública. Em tais casos, seria proposto o arquivamento do processo.

Duas entidades públicas especializadas foram encarregadas pela lei de verificar a possibilidade de aproveitamento dos indivíduos de capacidade reduzida: o Departamento Médico do Serviço Civil do Estado, por sua Divisão de Exames e Inspeção de Saúde e pelo Serviço de Biometria e Psicotécnica, e o Departamento Estadual de Administração, por sua Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento.

A elas compete velar não sòmente pela nomeação ou admissão do candidato, como também pela sua exoneração ou dispensa quando se verificar que não mais poderá desempenhar suas atribuições com a eficiência desejada.

Os casos de aposentadoria também não deixaram de ser previstos na lei. Ficou o Departamento Médico do Serviço Civil do Estado proibido de expedir laudo de aposentadoria de indivíduo de capacidade reduzida, em virtude da mesma deficiência encontrada por ocasião do exame médico realizado para ingresso no serviço público, reconhecendo-se que o mesmo estado de saúde que autorizou a nomeação ou a admissão não poderá ser considerado causa suficiente para aposentadoria.

### Valorização do Indivíduo

Os estudos que serviram de base à lei concluiram que a iniciativa do Govêrno de São Paulo, procurando amparar as pessoas de capacidade reduzida, inspirou-se em princípios humanos, dignos de apoio, adotados com êxito pelos países mais adiantados.

Não se trata — ainda consoante os estudos — pura e simplesmente, de praticar obra de assistência social, que isso pertence a outro setor de administração. Trata-se, isso sim, de retribuir o esforço, boa vontade, capacidade, aptidões de quantos, animados do desejo de serem úteis a si e ao meio em que vivem desejam trabalhar, produzir, contribuir para o bem-estar da Nação.

## S.A.R.M. — MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este serviço é dedicadamente dirigido pelo prof. Achilles de Araujo, assistido pelo Dr. Orlandino Fonseca.

- Os mutilados e os deficientes físicos que não dispõem de recursos materiais podem receber tratamento adequado e aparelhos ortopédicos necessários, a título gratuito e através do Serviço de Assistência e Recuperação de Mutilados, da Divisão de Organização Hospitalar.

Durante o ano de 1957 aquêle Serviço matriculou 2.168 pessoas, realizando 8.701 exames traumato-ortopédicos, 2.216 exames clínicos e 2.215 exames psico-sociológicos.

### SERVICIO NACIONAL DE DE SALUD DE CHILE

O chefe do setor de normas sobre reabilitação é o Dr. Jorge Alvares Andrews Este setor, como os demais setores normativos, funciona junto à Administração Central do Serviço.

### PRIMEIRO SEMINÁRIO INTERNACIONAL PARA ARQUITETURA E TÉCNICA HOSPITALAR

Pela primeira vez, reuniram-se médicos, administradores hospitalares, sanitaristas e enfermeiras do mundo inteiro, num seminário, com arquitetos e engenheiros especialisados na construção de hospitais, afim de discutir problemas referentes a projetos e construção de hospitais.
A Federação Internacional de Hospitais e a União Internacional de Arquitetos organizaram em cooperação, este seminário. O seminário realizou-se em Genebra de 9 a 19 de Setembro de 1957, no Auditório das Policlínicas do novo Hospital Cantonal.
62 participantes de 27 países assistiram às preleções feitas por 21 diretores de estudos e outros peritos da Europa e dos Estados Unidos.

Os assuntos das preleções iam de urbanismo e integração de projetos hospitalares em programas de saúde aos problemas especiais que representam os hospitais tropicais, e incluiram o estudo dos vários departamentos hospitalares. A tendência atual de integrar a medicina preventiva e reabilitação após medicina curativa foi também tratada.

A Organização Mundial de Saúde, que distribuiu o programa do seminário pelos seus escritórios regionais dando bolsa de estudo a vários participantes, foi representada pelo Dr. A. L. Bravo, Chefe da Seção de Saúde Social e Ocupacional, cujo conselho judicioso e amável contribuiu em grande escala ao sucesso do seminário.

Avv. L. Colombo, presidente da Federação Internacional Hospitalar, e Snr. Mardones-Restat, presidente da União Internacional de Arquitetos, tomaram parte da Sessão Inaugural para exprimir suas felicitações e parabens aos organizadores e participantes.

### CONGRESSO DE 1959 DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE HOSPITAIS

Temos o prazer de anunciar que o Conselho Executivo da Federação Internacional de Hospitais recebeu recentemente um convite oficial do Secretário de Estado para a Escocia para realizar o próximo Congresso da Federação em Edinburgh em 1959. Este convite vem de encontro ao desejo do Conselho Executivo e foi apoiado pela Assembléia Geral em Lisboa e consequentemente, foi aceito oficialmente.

### APROVEITAMENTO DE SURDOS

Ao lado da crescente preocupação que se observa com o aproveitamento dos velhos, mantendo-os cada vez mais integrados na vida social, também se nota em certos países — e os Estados Unidos são um deles — louvavel interêsse pelo aproveitamento da inteligência e das habilidades físicas de muitas pessoas antes classificadas como "incapazes". A primeira vista pareceria difícil o aproveitamento, por exemplo, de um surdo-mudo num laboratório biológico.

Mas na verdade, a natureza de um modo geral tem horror a essa história de médias. Ela não fabrica dois seres absolutamente iguais, e esconde muitas vezes dentro de gigantes fraquezas de criança, e em anões capacidade de gigante.

Compensa com o refinamento de outros sentidos a deficiencia de um deles. Abre claridades imensas, às vezes, na alma de pessoas a quem esqueceu de abrir janelas no corpo.

Aqui está o caso de Rita Walsh, que nunca pôde ouvir com seus ouvidos o louvor que seus trabalhos de biologia despertam no laboratório em que trabalha. no Instituto de Pesquisa Terapeutica da Merck, em Rahway, N. J. Surda e quase completamente muda, ela tem de inteirar-se do que lhe querem dizer seja pelo movimento dos lábios de quem fala, seja pelas folhinhas de papel em que os companheiros rabiscam suas mensagens. Isto não a impede de, diariamente, realizar suas tarefas no departamento de patologia daquele instituto.

Rita formou-se no "College of St. Elisabeth", em Covent Station, N. J., em 1950, tirando o título de bacharel em ciências (biologia). Entrou para a Merck em 1951, tendo de início trabalhado no grupo que estuda nutrição de aves, preparando rações especiais e coisas semelhantes.

Atualmente trabalha no setor de histologia, que prefere.

O trabalho histologico é de grande precisão. Exige uma série de operações delicadas. Primeiro os fragmentos de tecido são fixados em líquidos especiais, depois passam por uma série de tratamentos até serem incluidos em blocos de parafina e cortados no microtomo. Os cortes são colados sôbre laminas de vidro e depois corados, para serem afinal examinados ao microscópio. Então o especialista tem diante dos olhos um mundo de células e tecidos, corados de maneiras distintas. E nessas células e nesses tecidos se encontram, por vêzes, lesões, que o anatomopatologista interpreta.

Este é o trabalho de Rita. Ela pode realizá-lo sem ter que falar ou ouvir muitas coisas. Mas nem por isso vive num mundo de isolamento. Pelo contrário, leva uma vida de boa amizade e camaradagem com os colegas de laboratório. Se não pode ouvir, seus olhos, por outro lado, estão sempre atentos e vivos. Nada perdem êles do que dizem os colegas na hora do almoço, porque está sempre "lendo" os lábios dos outros. E entende facilmente o que dizem, por mais depressa qeu falem.

Rita não é, todavia, um caso isolado no laboratório da Merck. Encontra por vêzes no corredor ou na biblioteca um colega também surdo-mudo, Mark Perry, que é reputado especialista em dosagem de substâncias narcóticas. Êle atribui o êxito que teve nesse campo justamente ao fato de ficar isolado das distrações comuns, como por exemplo, o tilintar do telefone.

Quando os dois se encontram, a conversa entre êles toma aspecto todo especial, pois então podem dar plena expansão aos seus meios naturais de comunicação, que são os gestos e a mímica.

### Processos de Reabilitação

Na IV Conferência Internacional sôbre a Paralisia Infantil, foi abordada a questão dos tratamentos coletivos e em domicílio dos doentes atacados pela paralisia respiratória ou paralisia extensiva.

Kenneth Laudauer, do Centro de Tratamento das Perturbações Respiratórias e de Re-educação, da Fundação da Paralisia Infantil, de Nova York, prognosticou a readaptação do doente num centro especializado. Recordou o que foi feito nos Estados Unidos, no domínio da readaptação, e sublinhou o caráter "gigantesco" do esfôrço de pesquisas, tendo em vista encontrar melhores soluções para os problemas complexos criados pelos doentes atacados de paralisia respiratória, ou outras consequências da poliomielite.

Landauer observou que, procurando essas soluções, os Centros mostraram também o caminho a seguir para uma melhoria dos métodos de tratamento a aplicar aos outros inválidos.

O dr. John Affeldt, dos Estados Unidos, expôs que os métodos para socorrer as pessôas atacadas de poliomielite podem igualmente se revelar úteis, por exemplo, na miastenia, na nefrite infecciosa, no tétano, etc.

Por seu lado, o dr. Joseph Benton, de Nova York, descreveu os esquemas de tratamento em domicílio para os doentes que sentem dificuldades respiratórias. A experiência adquirida na aplicação, dêsses esquemas, disse êle, pode ser posta em proveito para outras enfermidades crônicas suscetíveis de provocar uma invalidez, maior ou menor, e que constituem um problema social cuja importância cresce cada vez mais na escala mundial.

## A REABILITAÇÃO DO HANSENIANO

O leproso, proscrito desde tempos biblicos, está sendo trazido de volta à sociedade. Um relatório da Organização Mundial de Saude sobre os trabalhos da conferencia para a repressão da lepra na Africa diz que a segregação de leprosos foi condenada por ser "inutil e desumana".

"A segregação compulsoria e indiscriminada de leprosos está sendo abandonada em escala crescente, não só por razões humanitárias, mas também economicas" — acrescenta o relatorio. Informou-se na conferencia que o custo de tratamento de uma vitima de lepra num leprosario é cem vezes superior ao de um tratamento em casa" Além disso, a segregação é um obstáculo consideravel à descoberta de casos de lepra e à reabilitação dos pacientes'.

Os 44 peritos africanos em lepra, participantes da conferencia que se realizou em Brazzaville, afirmaram que o emprego de remedios tornou possível controlar a lepra a tal ponto que não é mais necessário afastar os filhos de pais vitimas da doença, mesmo quando ela se encontra ainda na fase contagiosa. Qualificaram o afastamento de filhos de "indesejável e desumano".

"Parece possível protegê-los preventivamente administrando-se sulfonas às familias" — indica o relatório. "O leite da mãe "sulfonada" oferece proteção adequada para a criança antes de desmamar".
Os participantes da conferência recomendaram uma revisão dos rigorosos regulamentos referentes às vitimas da lepra, estabelecidos em tempos passados e ainda mantidos em certos lugares. Afirmaram, entretanto, que um isolamento voluntário de casos contagiosos, por período de tempo limitado, é uma medida útil para impedir o disseminação do mal.

Ressaltou-se na conferencia a necessidade de tomar, o quanto antes, providencias para evitar a mutilação das vitimas do mal. Acentuou-se também a importância da educação sanitária, destinada a estimular a aceitação de vitimas da lepra por suas comunidades, e a facilitar a descoberta, em tempo, de casos do mal.

Os peritos manifestaram a esperança de que centros de lepra voltem suas atenções em crescente escala para a reabilitação das vitimas.

## REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS DEFEITUOSAS

Esteve em São Paulo, o dr. Glen Doman professor da Universidade de Filadelfia, Estados Unidos, e diretor de um Centro de Reabilitação de crianças defeituosas naquela cidade. Acompanhado do dr. Lawrence Linck, diretor da Sociedade Nacional para Crianças Defeituosas e Adultos, dos EUA, o dr. Doman visitou na ocasião a Associação de Auxílio à Criança Defeituosa. Declarou-se impressionado com o trabalho desenvolvido pela entidade.
Informou, depois, que em seu país, há grandes dificuldades para a manutenção de tais centros, em virtude dos gastos, comparativamente altos que exigem. A subvenção federal que recebem é por vezes insuficiente, o que as obriga a recorre às entidades particulares.

## CONGRESSO DE REABILITAÇÃO

Na sessão de encerramento do Conselho Internacional da "Society for the Welfare of Cripples", que se reuniu em Viena, e do qual participaram 16 países de todos os continentes, foi aprovada unanimemente a escolha do Brasil para séde do futuro Congresso Interamericano de Reabilitação, a realizar-se em junho de 1961, no Rio ou em São Paulo. Presidiu a sessão o dr. Renato Bonfim, representante do Brasil.

## QUARTA CONFERÊNCIA INTERAMERICANA SÔBRE REABILITAÇÃO

A Quarta Conferência Interamericana sôbre Reabilitação que auspicia o Estado Livre Associado de Porto Rico e a Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Inválidos se realizará em San Juan de Porto Rico de 20 à 23 de Maio de 1959, segundo informações do Sr. Donald Wilson, Secretário Geral da Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Inválidos.

A Terceira Conferência Interamericana sôbre Reabilitação se realizou na Cidade de Guatemala no outono de 1957, foi muito concorrida e constituiu-se em definitivo êxito.
Um dos propósitos básicos do programa geral da Sociedade Internacional para o Bem-Estar dos Inválidos é elevar e promover em todas as partes os conhecimentos sobre reabilitação. De acôrdo com estes propósitos, a Conferência novamente terá como finalidade unir e beneficiar os grupos profissionais, governamentais e cívicos interessados em ampliar e melhorar os serviços que se oferecem aos incapacitados. Esta Conferência de quatro dias focalizará principalmente os aspectos sociais e vocacionais de processo reabilitador e dará considerações, ademais, aos meios para estimular a cooperação inter-regional e as oportunidades de treinamento. Delegacias de toda a area do Caribe e das nações americanas serão convidadas à participar.
O Dr. Hermann J. Flax, Secretário Executivo da Conferência, cuja direção é oficina 301, Edificio Profissional de Santurce, Porto Rico, dará com muito prazer qualquer informação sôbre esta Conferência.

## DOIS NOVOS CENTROS DE REABILITAÇÃO NA FRANÇA

"Techniques Hospitalières" publica particulares da construção, ora terminada, de 2 é em Nantes, para treinamento e renovos centros. Um, La Gaudinière, treinamento profissional de reabilitados masculinos, com capacidade total de 100 discípulos, sendo 63 em internato.
O outro se encontra em Grau-du-Roi, Gard, tem 65 leitos e é destinado à reabilitação funcional, em coordenação com o hospital geral de Nîmes que terá departamento de traumatologia, e o sanatório departamental de Gard, que recebe elevado número de casos ortopédicos.

## IV CONGRESSO EUROPEU DE REUMATOLOGIA

O VI Congresso Europeu de Reumatologia será realizado em Istambul, Turquia, de 28 a 30 de setembro de 1959. Todos os trabalhos e correspondência devem ser endereçados ao Secretário Geral Prof. Dr. Hami Koças, Cabeci — ANCARA, Turquia. As linguas oficiais do Congresso serão: inglês, francês, alemão e turco. Dezesseis comunicações serão selecionadas para as sessões plenárias. Para estas comunicações serão concedidos 30 minutos e 10 minutos para discussão de cada tema. Para os temas livres serão concedidos 10 minutos bem como um tempo adicional para a livre discussão destas comunicações.

## INAUGUROU-SE EM LISBOA O "CENTRO DE PARALISIA CEREBRAL"

Por iniciativa da Liga Portuguêsa dos Deficiente Motores, inaugurou-se em Lisboa, no dia 7 de maio de 1958, o Centro de Paralisia Cerebral, instituição particular mas auxiliada pelo Estado e pela Santa Casa de Misericórdia, cujo objetivo consiste em recuperar social e funcionalmente as crianças atingidas por vários tipos de paralisia.

À cerimonia inaugural assistiram, além do dr. João dos Santos, presidente daquela Liga, os profs. Vitor Fontes e Almeida Lima, que representava a Fundação Gulbenkian, os drs. Américo Cortês Pinto, Elias Baruel, Arnaldo Rodo, etc.

Após uma demorada visita a todas as dependências dêste novo Centro, devidamente apetrechadas para as funções a que se destinam e decoradas com pinturas murais condizentes, foi servido um lanche aos convidados.

O Centro de Paralisia Cerebral, que é unico no seu genero, em Portugal, presta já assistência a várias crianças, não só em regime de consultas, como também em internamentos. No entanto, devido à escassez de recursos, o seu movimento é bastante limitado e tem de se cingir ainda à modéstia das atuais instalações.

A Liga Portuguêse de Deficientes Motores, que conta por enquanto, com 400 sócios benfeitores, estuda a possibilidade de num futuro mais ou menos próximo alargar a sua ação terapêutica e assistencial a indivíduos adultos, até aos 45 anos de idade, desde que tenham possibilidade de recuperação, não limitando portanto o seu âmbito apenas a atender crianças.
Êste novo Centro fica a ser dirigido pelo neurologista dr. Nuno Ribeiro.

Assinale-se ainda, como nota de interêsse, a projetada iniciativa de se criar ali uma escola de ceramistas, para crianças escolares paralizadas.

## II CONGRESSO PAN-AMERICANO DE REUMATOLOGIA

O II Congresso Pan-Americano de Reumatologia será realizado conjuntamente com a 23.a Reunião Anual da American Rheumatism Association, em Washington, D.C.. O Secretário Geral do Congresso é o Dr. Richard T. Smith, Westpoint Pennsylvania. U.S.A.. O Congresso realizar-se-a entre 2 e 6 de junho de 1959, sob os auspícios da Liga Pan-americana Contra o Reumatismo (presidente Dr. Fernando Herrera Ramos).

## O.M.S. E REABILITAÇÃO

**Extrato de relatório de 1957**

A O.M.S. reconheceu, já por ocasião da sua Primeira Assembléia Mundial em 1948, que a reabilitação dos incapacitados em consequencia de acidentes, guerra ou doenças e um aspecto de organização de saude publica. Que a reabilitação medica e concebida como um dos quatro componentes de um conceito global de medicina preventiva e saúde pública (promoção de saude, prevenção de doença, tratamento precoce e reabilitação médica) somente e de origem relativamente recente. A falta de mão de obra durante a ultima Guerra Mundial criou grande demanda em favor da plena utilização de todo trabalhador disponivel. O grande número de veteranos de guerra aleijados deram outro impeto ao desenvolvimento dos serviços de reabilitação, depois da terminação da guerra até nossos dias. Foi geralmente reconhecido que a reabilitação dos inválidos tem não sòmente uma base humanitária para ação coordenada em cada sociedade, mas revela-se também benfazeja conservando mão de obra útil e ajudando assim à economia nacional. Incapacidades permanentes parciais como cegueira, surdez, amputação, paralisia e aleijamento em qualquer forma pode resultar de doença ou acidente. Grandes progressos resulteram nos últimos anos da aplicação da medicina preventiva moderna e prática de saúde pública reduzindo a ocorrência de tais incapacidades, porém não todos estes esforços foram coroados com os êxitos esperados.

Por exemplo, morte e lesões por acidente ràpidamente depois da introdução do automóvel. Outrossim, certos males como por exemplo as moléstias reumáticas e muitos dos distúrbios neuro-musculares resistem ainda à ciência médica. Nos sobreviventes de tais acidentes e doenças as incapacidades remanescentes exigem tratamento. Sòmente por reabilitação, eficaz destas pessoas subválidas, pode-se esperar de lhes devolver uma vida mais útil, na medida das possibilidades de suas habilidades remanescentes.

Nos países medicamente mais avançados, com melhores fontes econômicas, foram desenvolvidos serviços de reabilitação amplos, incluindo aspectos médicos, vocacionais educacionais e sociais, de maneira coordenada. Em países que estão tanto economicamente como medicamente subdesenvolvidos a questão da reabilitação para os incapazes representa um problema um tanto diferente e exige orientação e enfase diferente. Nestes países as necessidades em promoção de saúde e prevenção de doenças são tão enormes e urgentes que a ação preventiva dirigida contra os males resultantes em incapacidades permanentes e parciais têm de merecer a primasia dos responsáveis pelos serviços de saúde.

Isto, porém, não quer dizer que a reabilitação não pode ser aplicada nestes países; mas precisa ser compreendido que serviços de reabilitação devem ser desenvolvidos com consideração às circunstâncias especiais do respectivo país. Além disso, os serviços de reabilitação médica, se integrados no programa geral de saúde pública e assistência médica dum país, oferecem muitas vantagens para o seu desenvolvimento equilibrado e progressivo.

O Prof. F. E. Godoy Moreira, catedrático de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de São Paulo, regressou há pouco da Europa, onde se deslocou a convite da Organização Mundial de Saúde, a fim de estabelecer os princípios e coordenar as atividades respeitantes ao problema da reabilitação.

Como se sabe, o prof. Godoy Moreira foi escolhido pelo Govêrno como coordenador do Instituto Nacional de Reabilitação ,criado em 1956 e anexo à Clínica de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de São Paulo, sendo perito da O.M.S. em reabilitação.

Na reunião que se efetuou em Genebra e que foi a primeira do gênero, participaram, entre outros e além do Prof. Godoy Moreira, o dr. V. Harlem, Ministro da Saúde da Noruega; dr. Henry Kessler, Diretor do Instituto Kessler de Reabilitação, de Nova Jersey, EE.UU.; dr. H. Kershaw, Diretor dos Serviços de Reabilitação da Inglaterra; Dr. J. Maurer, professor de Medicina Social do Trabalho da União Soviética; Prof. Pariseau, da França; e o Prof. J. Mindus, Diretor dos Serviços de Orientação Vocacional da Suécia.

Nessa reunião foram tratados e discutidos os problemas relacionados com as normas gerais dos programas de reabilitação, a serem orientados e patrocinados pela O.M.S. nos diferentes países, elaborando-se um relatório.

Informações sôbre o relatório podem ser obtidas junto à direção de HOSPITAL DE HOJE.

**O.M.S., Escritório Europeu**

Organizou-se em Estocolmo, de 3 a 16 de novembro de 1958 um simpósio sobre "O Hospital Moderno na Comunidade", considerado como unidade social, com 55 participantes: médicos, administradores hospitalares, assistentes sociais medicas, sanitaristas, enfermeiras, sociologos.

## ESTUDOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DAS ENFERMIDADES DO APARELHO LOCOMOTOR

Sob o pratrocinio da sociedade espanhola de Reabilitação, Filial da International Federation of Physical Medicine, no Hospital da Cruz Vermelha de Barcelona. (Diretor Dr. L. Garcia Tornel) serão dados cursos sôbre a matéria em epígrafe.

**1.o) Curso de Médicos Reabilitadores**

No próximo mês de outubro iniciar-se-ão os estudos de especialização em Medicina Física e Reabilitação das enfermidades do aparelho locomotor, sob a direção dos Drs. F. Barnossel e J.M. Poal, sub-chefes do Serviço Central de Reabilitação, com a colaboração dos chefes do Serviço do Hospital e destacadas personalidades nacionais e estrangeiras.

Os estudos de especialização durarão dois anos e se desenrolarão em dois cursos, o primeiro dos quais de 1.o de outubro de 1958 a 15 de junho de 1959, e o segundo de 1.o de outubro de 1959 a 15 de junho de 1960.

Para inscrever-se nestes cursos de especialização será necessário estar de posse do título de doutor em Medicina.

No primeiro curso se estudarão as seguintes matérias:

Embriologia, Anatomia, Histologia, Fisiologia, e fisiopatologia do aparelho locomotor.

Técnicas exploratórias das afeções do aparelho locomotor: Eletrodiagnóstico, eletromiografia, pletismografia, determinação de temperaturas cutaneas, radiologia vascular periférica, radiologia funcional, telerradiologia métrica, teste muscular, biopsia e anatomia patológica das estruturas do aparelho locomotor, punção articular, fotografia clínica, metabolimetria funcional.

Eletroencefalografia.

Física aplicada. Eletroterapia (onda curta, ultrasons, infrasons, radar, estimulação elétrica neuromuscular, iontoforese, infravermelho, ultra-violeta, etc.) Enfermagem, Cinesiterapia passiva e ativa (analítica e de coordenação).

Mecanoterapia. Hidroterapia. Massagem. Psicologia clínica. Psiquiatria. Ética da especialidade.

As matérias a tratar no segundo curso versarão sôbre:

Clínica, Terapeutica e Reabilitação nas afecções neurológicas, reumáticas, vasculares periféricas, traumatológicas, ortopédicas e cirurgicas do aparelho locomotor. Terapeutica ocupacional. Aptidão vocacional e orientação profissional. Reabilitação pelo trabalho. Ortopedia mecânica. Protese.

Organização e Administração de um Centro de Reabilitação. Humanidades em relação com a Reabilitação. Ligação vigente.

Durante os cursos, semanalmente se darão cinco horas de aulas teóricas, doze horas de aulas práticas e uma hora de cinematografia em relação com a especialidade.

As aulas práticas se darão por turnos rotativos nos diversos serviços técnicos de diagnóstico e tratamento.

A todos os alunos serão distribuidos temas de investigação durante os cursos. A matricula será limitada.

Aos alunos que demonstrarem sua suficiencia nas provas estabelecidas em ambos os cursos, será outorgado o título de especialista pela Sociedade Espanhola de Reabilitação.

**2.o) Curso de Auxiliares Fisioterapeutas**

Na mesma data que os cursos anteriores terá início um curso de preparação de auxiliares fisioterapeutas.

Os alunos terão que possuir o título de Ajudante Técnico Sanitário ou outro similar reconhecido, e os estudos durarão dois anos, nos que terão lugar dois cursos de igual duração que os anteriores.

O primeiro curso tratará de:

Anatomia e Fisiologia do aparelho locomotor. Clínica do aparelho locomotor.

Testes elementares.

Hidroterapia. Cinesiterapia. Masagem. Enfermagem.

O segundo curso tratará de:

Clínica do aparelho locomotor, Física e Química elementar. Ética profissional.

Educação industrial.

Semanalmente se darão cinco horas de aulas teóricas e 24 horas de aulas práticas, sendo a matricula limitada.

Os alunos que demonstrarem sua suficiencia nas provas estabelecidas em ambos os cursos, será conferido o título de Auxiliar Fisioterapeuta pela Sociedade Espanhola de Reabilitação.

# Comissão de padronização de pacotes cirúrgicos

A Comissão elaborou, no curso de seus trabalhos, o questionário abaixo, para o qual pede encarecidamente resposta de todos que possuem experiência na matéria.

**Questionário a ser respondido por administradores hospitalares, cirurgiões, enfermeiras de Centro Cirúrgico, etc.**

A comissão de "Pacotes Cirúrgicos" do IPH visa a padronização de material usado em salas de operações. A fim de simplificar o preparo, manuseio e posterior uso dos pacotes de roupa, a comissão pede a colaboração de V. S.ª, no sentido de responder as questões abaixo:

1 — Qual seria o nome mais adequado do pacote de roupa a ser usado no preparo da sala e do campo operatório?

2 — De que constaria o pacote:
(especificar tipo de roupa e quantidade)
(Escolher um dos 3 ítens — a, b ou c)

a) campos diversos tamanhos
b) campos e aventais
c) campos, aventais e compressas para enxugar as mãos

3 — Qual seria o tipo de campo mais apropriado para o preparo da área operatória; campo liso (sem orifício) ou campo com orifício?

4 — Na seleção do tipo de tecido usado na confecção dos campos, qual seria o mais adequado, em relação à proteção da área operatória, qual o mais durável em relação ao uso e qual o de mais baixo custo?

5 — Qual seria a côr mais indicada em relação a estética, reflexão de luz, acuidade etc.?

E' favor responder em folha separada e endereçada à:

**Profa. Eulina Bastos Richter**

Presidente de Comissão de Padronização de Pacotes cirúrgicos.

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

Rua Xavier de Toledo, 210 — Cj. 64 — São Paulo

# IPH EM FÓCO:

De uma carta do Prof. Dr. Arnaldo de Moraes, Rio de Janeiro: Motivos vários impediram-se de atender ao honroso convite de comparecer para tomar posse, no dia 20 de março último, na Associação Paulista de Medicina, do cargo para o qual fui eleito pelo IPH. Isso não significou, porém, que deixasse de receber tal distinção como uma elevada homenagem dos ilustres sócios de tão renomada e eficiente associação. Sinto-me, realmente, desvanecido por tão alta prova de apreço, tanto mais valiosa quanto me chegou inesperadamente e partida de tão distinta organização.

O primeiro contato objetivo me foi proporcionado por esse querido amigo que é A. Taunay Leite Guimarães, cujo amor ao trabalho e à cultura médica aprecio de longa data, permitindo-me a oportunidade de convidar essa Associação e esse notável pugilo de componentes do Instituto Sabbado d'Angelo a virem ao Rio, realizar aquela memorável sessão da "Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro", a que presidi com grande satisfação.

Agradecendo, mais uma vez, ao ilustre Presidente do IPH e aos que me elegeram, creiam-me que é com prazer que vejo tantos homens de espírito pugnarem, desinteressadamente, pelo "Ideal de mais e melhores hospitais para o Brasil".

Partirei, em começo de junho, para o Perú, México, Estados Unidos, Canadá, Bélgica, Alemanha e França, onde espero visitar, nos intervalos dos Congressos de Ginecologia e de Obstretricia em que vou tomar parte, instituições hospitalares que me permitam colaborar eficientemente na terminação do monumental Hospital de Clinicas da Faculdade Nacional de Medicina, de que sou o Diretor. Ofereço os meus préstimos ao IPH, a que me honro de pertencer agora, e à qual na volta darei conhecimento de minhas visitas.

# PLANEJAMENTO DE CENTROS DE REABILITAÇÃO
## (Rehabilitation Center Planning)

**JARBAS KARMAN**

Por reabilitação, entende-se a recuperação física, mental, social, vocacional e econômica dos incapacitados, no limite de suas aptidões.

A reabilitação vem se tornando cada vez mais dinâmica, carecendo progressivamente mais do concurso conjugado dos diferentes setores profissionais: médico, biológico, sociológico, psicológico, físico e arquitetônico.

A êste último cabe a coordenação geral e a modulação dos espaços, necessárias ao ótimo funcionamento dos centros de reabilitação.

Com o fim de apresentar aos arquitetos os objetivos da reabilitação, seus problemas e possíveis soluções, bem como de encarecer aos não arquitetos a contribuição que a arquitetura pode dar ao planejamento de centros de reabilitação, é que os arquitetos **F. Cuthbert Salmon e Shristine F. Salmon** acabaram de editar o guia de arquitetura **"Rehabilitation Center Planning"**, publicado por "The Pennsylvania State University Press", em colaboração com a "Conference of Rehabilitation Centers" e o Instituto Americano de Arquitetos.

Através de 164 páginas, magníficamente apresentadas e fartamente ilustradas, os autores descreveme os elementos principais dos centros de reabilitação, seus programas de reabilitação, princípios de planejamento e influências do ambiente.

Plantas de centro de reabilitação e detalhes selecionados são exibidos e os aspectos característicos de cada centro, ressaltados. Apesar de terem sido focalizados centros completos, destinados a atender a múltiplas formas de incapacitação, inclusive a médica, vocacional e a de desajustamento social, os princípios esposados são válidos e aplicáveis a qualquer tipo de centros destinados a incapacitados físicos.

Os elementos constituintes dos centros são analizados em função de suas atividades e seus meios, visando a melhor maneira de atingir seus objetivos.

Fluxogramas ilustram as interrelações e interligações a serem observadas.

A obra constitue-se de 8 capítulos: o papel atual da reabilitação; a reabilitação em face das coletividade; programação dos Centros de Reabilitação; princípios de planejamento; considerações quanto ao local; as diferentes áreas de atividades (média, de ajustamento social, vocacional, de hospitalização, de tratamento e treinamento de crianças, de administradores e para fins diversos) considerações relativas ao ambiente, e, finalmente, a reabilitação no futuro.

Entre as causas incapacitantes ressaltam os ocidentes, as deformações e as formas congênitas; portanto, problemas que interessam a tôda uma coletividade.

Compreensível, por conseguinte, que o amparo e a manutenção dos centros de recuperação caibam à indústria, ao comércio, às escolas, aos hospitais e aos governos, e a sua implantação seja relacionada a facilidades de comunicações e transportes, serviços públicos, habitações, áreas de recreação, ao concurso de senhoras voluntárias, organizações religiosas e outras mais. Estas correlações obrigam a amplo estudo e levantamento das condições locais e, muitas vezes, das da região e da Nação.

Exemplos dessas correlações são apresentados no Capítulo II, em que se cogita da taxa de ocorrência de acidentes industriais, da oportunidade de os reabilitados conseguirem colocação e do interêsse e cooperação da indústria no treino de incapacitados; dos recursos disponíveis em médicos, hospitais e higiêne mental; das acomodações, casas e hotéis a disposição do pessoal do centro, dos parentes e acompanhantes dos internados, e para o abrigo dos ambulanes residentes fora da cidade.

O levantamento abrange, também, o número de pacientes a serem atendidos, a assistência a ser dada, e o seu aspecto econômico.

Dados estatísticos sôbre a incidência e as diversas causas de incapacitação são imprescindíveis. O planejamento deve atender às suas múltiplas formas: óssea, articular, muscular, nercosa, cerebral, espinhal,mutilações cardíacas, surdez, tuberculose, cegueira e outras mais.

No capítulo referente aos Princípios de Planejamento destaca-se a importância da cadeira de rodas. No planejamento de centros de reabilitação, a cadeira de rodas e o seu raio de ação constituem-se em unidade básica ou módulo do projeto.

Peitoris, portas, corredores, armários, prateleiras, móveis, etc.), são projetados em função dessa unidade. Assim, portas opostas, dando para um mesmo corredor, devem ser defasadas o suficiente para prevenir colisões de cadeiras de rodas. Portas de correr devem ser preferidas às de abrir. Visores de vidro inquebrável, à altura de pessoas sentadas e em pé, devem ser instalados, principalmente em portas de vai e vem. Portas devem ser localizadas em reentrâncias de corredores, a fim de evitar acidentes ao interceptarem a circulação, dentro desses corredores. Sempre que possível, a sua abertura e fechamento devem ser feitos por meio de dispositivos automáticos. Puchadores, maçanetas, dobradiças, molas e prendedores devem ser tipo adequado.

Pias, mesas, lavatórios, bebedouros, etc., devem atender à altura das cadeiras de rodas.

Peitoris devem ser baixos, são causa de acidentes caixilhos basculantes ou de abrir, baixos, colunas, saliências, radiadores, móveis de canto vivo e rampas com declividade superior a 5%.

A parte acústica mereceu estudos acurados, a ponto de, no planejamento e distribuição das áreas, ter o agrupamento das atividades sido norteado pelos seus níveis de ruído.

Três foram as zonas acústicas estabelecidas. de silência, de ruídos moderados e deruidos elevados.

**Pertencem ao primeiro grupo:** a) **No setor médico:** salas de exame e consultórios médicos; salas de controle e de testes audiométricos, da fala e da audição, terapia individual e de grupo e sala de treino; b) **No setor de ajustamento** social: sala de teste psicológico individual, de psico-terapia individual, de psico-terapia em grupo e sala de trabalho dos psicólogos; c) **No setor de internamento:** quartos, postos de enfermagem e solário; d) **No setor de treino e tratamento de crianças:** vestiário; e) **Na administração:** escritório e sala de conferência; f) **Em outras áreas:** escritórios.

**São exemplos do segundo grupo:** laboratório e raios X; salas de exame e fisioterapia, de exercícios e tratamento, tôdas as salas de hidroterapia, ginásio, sala de tratamento de terapia ocupacional e de ocupações cotidianas, sala de provas da oficina ortética e protéticas, jogos psico-terapêuticos, sala de trabalho do grupo social, apreciação vocacional.

**Pertencem ao terceiro grupo:** Oficinas ortopédicas, atividades externas, serviços gerais etc..

Os níveis de iluminação das diferentes áreas de atividade, também foram devidamente estudados e tabelados.

No Capítulo VI — são estudadas as áreas de atividades. A unidade médica foi localizada próxima à entrada principal para facilidade de triagem e junto à administração para efeito de admissão e arquivo.

Também foi considerado o pronto acesso às áreas de internação.

A unidade médica constitue um agrupamento próprio. Cada consultório dispõe de duas salas de exame. Os sanitários são especiais para cadeira de rodas. A balança é provida de ampla plataforma, ao nível do piso, para pesagem do paciente juntamente com a cadeira de rodas.

A unidade de fisioterapia compõe-se de duas secções: a sêca (exercícios, etc.) e a molhada (hidroterapia). Deve ser agrupada com a unidade de terapia ocupacional e com a de atividades cotidianas.

Em vista de ser área ruidosa deve ser afastada das zonas de silêncio, como as unidades de enfermagem e as unidades de terapia da fonação e da audição.

O objetivo da fisioterapia é o de corigir ou atenuar a incapacitação de origem neuromuscular, óssea ou articular; diz respeito, portanto, às doenças neurológicas, espásticas e artríticas, amputações, paralisias, defeitos de postura e estrutura, acidentes deformantes, condições pos-cirúrgicas, etc.

Para manter ou reestabelecer o tonus muscular, circulação, coordenação, movimento das articulações, a ambulação e as atividades cotidianas, a fisioterapia recorre ao calor, frio, água, luz, eletricidade e exercícios ativos, passivos, de resistência e de reeducação.

Os aparelhos, equipamentos e instalações utilizados são pormenorizadamente apresentados e analizados, tendo sidos excluidos aqueles considerados obsoletos, como por exemplo a ducha escocesa.

A terapia ocupacional, cujo objetivo é a recuperação física e mental do incapacitado, ajustando-o às suas limitações, incrementando a sua capacidade de trabalho, e incentivando-o a se tornr um elemento produtivo da coletividade, recorre às atividades terapêuticas, ao treino das atividades da vida cotidiana e aos trabalhos manuais e criativos.

Grande é a relação de equipamentos requeridos, apresentada pelos autores, e variadas as atividades da terapêutica ocupacional: cerâmica, costura, trabalhos em metal, madeira e plásticos, tecelagem, datilografia, impressão, pintura e escultura, joalheria, fotografia, conserto de rário, etc.

A localização disposição, dimensão e particularidades dos equipamentos e das instalações previstas são cuidadosamente considerados.

No tocante à fala e audição, o campo de atuação dos centros de recuperação pode ir desde a foniatria únicamente aplicada à criança, até aos testes audiométricos de adultos, pesquisas e ensino.

Todos os detalhes das salas para testes audiométricos e controle, salas à prova de ruido, salas de treino, para a terapia individual de crianças, terapia de grupo e suas particularidades acústicas são apresentados em desenhos bem elucidativos.

O ajustamento social abrange os aspectos: psiquiátrico, psicológico social.

O capítulo dedicado ao aspecto vocacional é particularmente completo.

Também foi nesta obra, encarecida a importância e a influência do ambiente: o quanto a atmosfera dos centros de reabilitação pode cooperar no trabalho de reabilitação, o quanto, por outro lado, um ambiente desagradável, ruidoso, sem panorama, sem música apropriada, com odores e esquema de cores infeliz pode atuar negativamente, pondo a perder apreciável soma de esforços e dedicação.

## CLASSEMENT INTERNATIONAL DES MALADIES

Foi publicado em 1957 pela O.M.S. o primeiro volume, com 404 páginas, da classificação revista e agora combinada de causas de obito e de morbidade. Seu preço é de US$ 6,75.

Está para sair um segúndo volume, em que as molestias estão relacionadas em ordem alfabetica.

## REABILITAÇÃO NA INDÚSTRIA

Como parte das monografias sobre medicina industrial editadas sob a direção de A. J. Lanza, a Editora Grune & Stratton, de Nova York, acaba de lançar "Rehabilitation in Industry", ao preço de US$ 6,00. Cada capítulo é escrito por um especialista, cabendo a coordenação ao prof. D.A. Covalt, da Universidade de Nova York.

## REABILITAÇÃO CARDIO-VASCULAR

Os drs. Paul D. White, Howard A. Rusk e outros subscrevem o livro "Cardiovascular Rehabilitation", de 155 páginas, editado por McGraw-Hill e que custa US.$ 6,50.

Resultado de uma especie de simposio, organizado sob os auspicios do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Centro Médico Bellevue, da Universidade de Nova York, com apoio do Instituto Nacional de Cardiologia e do Instituto Nacional de Saúde Pública, discute o papel dos serviços de saúde pública, do público, do cirurgião e de outros técnicos na reabilitação cardiovascular, os tipos de trabalho que os pacientes podem realizar, o ensino da materia, e outros problemas mais.

## REABILITAÇÃO DO TUBERCULOSO

Dr. Jorge Alvares Andrews, técnico em reabilitação do Serviço Nacional de Saúde do Chile, publica trabalho sôbre avaliação qualitativa e quantitativa de invalidez no Bulletin de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, 1958, XI, 4-5:131. O mesmo boletim traz, à página 173 ss., as conclusões do Ciclo de Estudos Internacionais sobre a Reabilitação dos Tuberculosos.

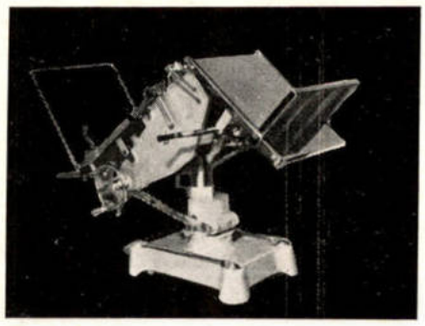
## GERIATRIA

Segundo estudos feitos no Instituto de Geriatria de Bucarest, fundado por Barhon, o uso da vitamina E e da novocaina H-3 (pH 4) melhora o trofismo dos velhos, diminue sua mortalidade e a severidade de sua invalidez, aumentando-lhes as possibilidades de trabalho.

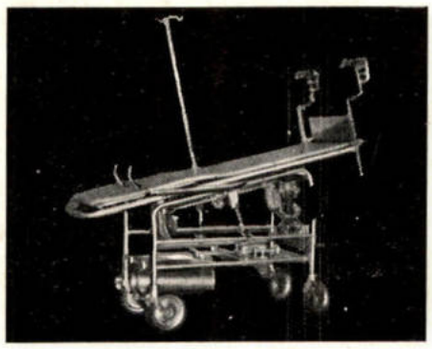
(A. Aslan, Med. Klin. 1957, xL: 1758)

# Mercedes
# IMEC

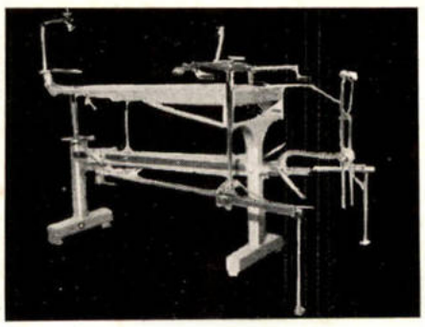
tem o prazer de apresentar algumas unidades de sua Nova e Moderníssima Linha de Mesas Cirúrgicas, Móveis e Equipamentos Hospitalares. Agora fabricado no Brasil, o que de melhor os melhores hospitais do mundo possuem



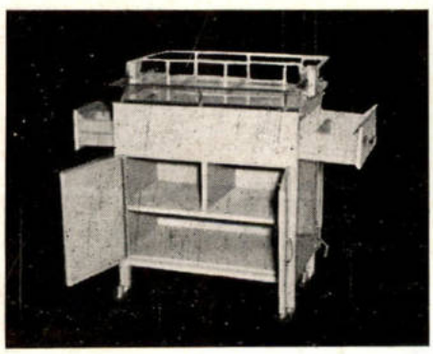
Mesa de Alta Cirurgia **"Mercedes-Imec-Júnior"** oferece as mesmas posições conseguidas com a mesa maior — **"Mercedes-Imec"** "Senior", por preço mais acessível.



Carro-maca tipo "Hausted" para salas de exame, recuperação e otorinolaringologia. Auxilia a enfermeira a transferir com facilidade o doente da maca para a cama.



Mesa Ortopédica para redução de fraturas, tipo "Redufracs" — **"Mercedes-Imec"**. E' um tipo de mesa que permite, como os tipos maiores, mais complexos e custosos, tôdas as manobras e todos os gessados de membros, superiores e inferiores, assim como toraco-braquial e minerva.



Berço individual — para recem-nascidos — com bandeja de correr e duas gavetas com dispositivos para vidros e pós.

## INDUSTRIA MECANO CIENTÍFICA S.A.

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

conselho
do médico...

*" . . . E lembre-se: quem precisa de tratamento não é só você - é o seu escritório - também! Sim, um tratamento acústico – para eliminar o barulho infernal que está acabando com os seus nervos!".*

*Tratamento acústico com FÔRRO de*

# EUCATEX ACÚSTICO

protege sua saúde

Só Eucatex Acústico tem a propriedade de absorver até 93% dos ruídos. Placa de fibra de madeira de 19 mm. de espessura,

Eucatex Acústico - forrando tetos e paredes - torna o escritório sossegado... tranqüilo... protege a saúde contra o barulho e aumenta de até 37,5% o rendimento do trabalho!

Um dos produtos da fibra nacional da

**EUCATEX S.A.**
*Indústria e Comércio*

**Única fabricante na América Latina da linha completa de chapas isolantes, acústicas e duras**

*Representantes e distribuidores em tôdas as praças.*

Av. Francisco Matarazzo, 530 - Tel. 51-9108 - SÃO PAULO
Av. Presidente Vargas, 435 - s/ 902 - Tel. 43-2754 - R. DE JANEIRO
R. Rio de Janeiro, 282 - s/ 1.006 - Tel. 4-1636 - BELO HORIZONTE
R. Santo Antônio, 120 - Tel. 5232 - PÔRTO ALEGRE