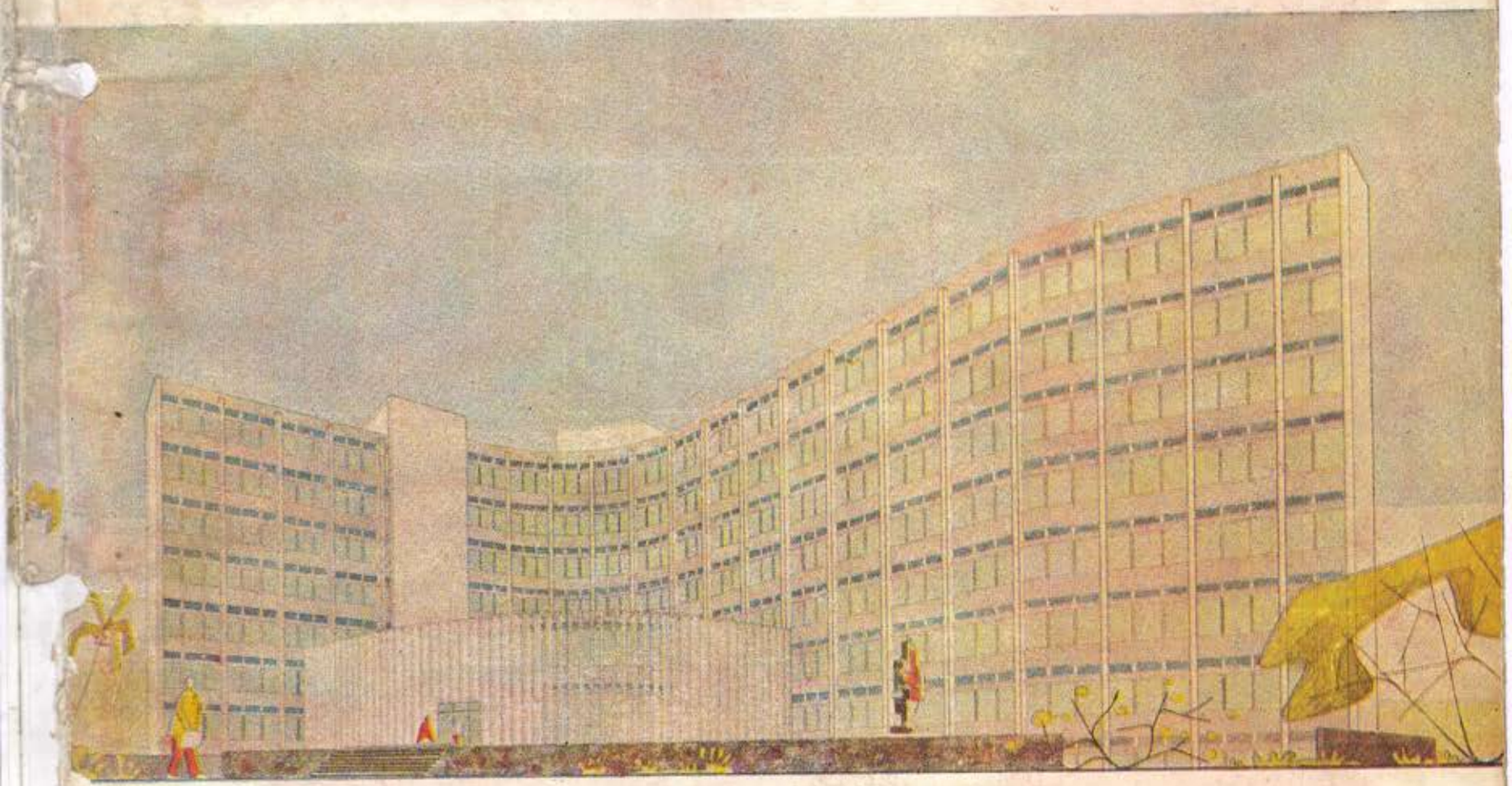
hospital de hoje

VOLUME 20 — NO IX — 1964



IPH

Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares

3.056

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

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

FÔRRO É EUCATEX

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

MERCEDES I M E C

PRODUTOS DE ALTO PADRÃO

APRESENTA COM ORGULHO SUA CAMA TELESCÓPICA

Mecanizada ou Eletrônica

Posição Alta

Posição Baixa

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

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

INDÚSTRIA MECANO CIENTÍFICA S. A.

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

ATA TERMO-INDUSTRIAL LTDA.

"ATA" Termo Indústrial Ltda.

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

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

Peçam Orçamentos sem Compromisso

Fábrica Rua Machada Fagundes, 269 Petrópolis — RJ

VITRICOLOR

Moderna técnica de revestimento para vidros para eliminar a ação dos raios ultra-violeta e infra-vermelhos do sol.

Vedação do calôr
Proteção dos objetos contra a descoloração
Resguardo e descanso visual
Aumento de eficiência no trabalho

Nas côres ouro, cinza, verde e azul.

Para mais detalhes:

Rolf E. Wagner & Cia. Ltda.

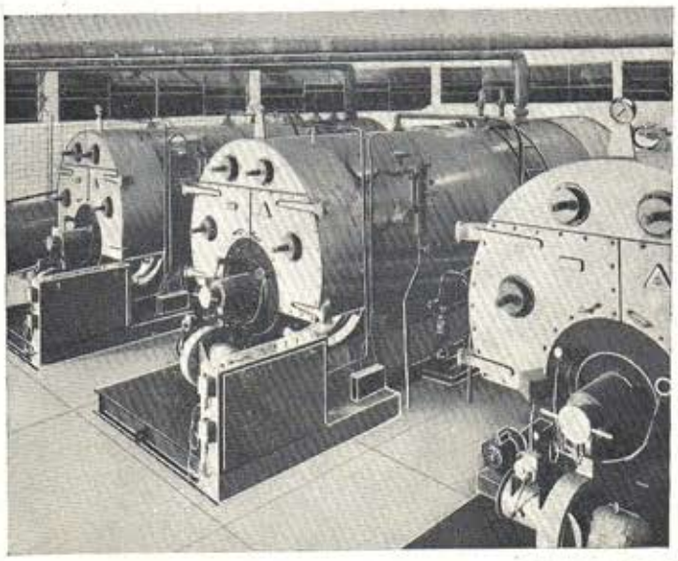
ESCRITÓRIO: RUA CATEQUESE, 92 (BUTANTÃ)
FONE: 80-4847 - Fábrica: BAIRRO VOTORANTIM

EMBÚ — ESTADO DE SÃO PAULO

CALDEIRAS A ÓLEO

AUTOMÁTICAS

"COMPAC"



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DE SÃO PAULO

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

CIA. PAULISTA DE CALDEIRAS "COMPAC"

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

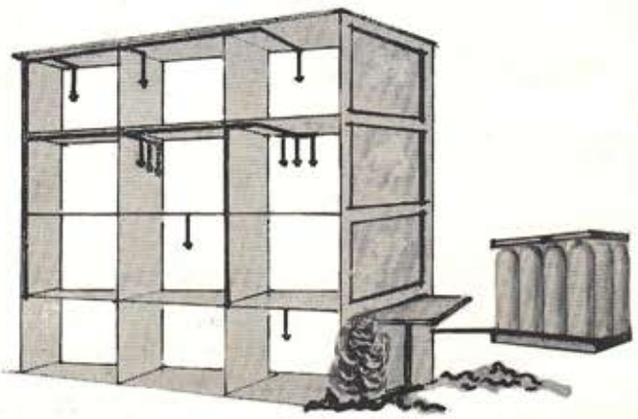
Repr. Rio de Janeiro — GB — Avenida Rio Branco, 156 — 3.º andar — Grupo 3.010 — Telefone: 42-1482.

Não Vendo é Melhor ... Basta Sentir

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

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

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



Esquema de uma instalação centralizada de oxigênio. Fora do edifício, os cilindros que formam o "manifold" e que abastecem o hospital
Quando o "manifold" precisa ser recarregado, funciona um sistema perfeito de alarme automático.

S.A. WHITE MARTINS
OXIGÊNIO

S. A. WHITE MARTINS

pioneira na indústria de oxigênio no Brasil

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

Filiais em todo o país

A4-P13

SOLUÇÃO FACIL... DOS PROBLEMAS DIFÍCEIS...

Máquina de Lavar

MSA

Turbina

Secador Rotativo

Calandra

com as nossas máquinas para lavanderias

a serviço da HIGIENE HOSPITALAR...

MÁQUINAS SANTO ANDRÉ

ISSHIKI & CIA.

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

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

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

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

SUPERPRACTIX

PHILIPS

PHILIPS

Aparelho do tipo unitanque, de extrema funcionabilidade, para radiografia ou radioscopia, fornecido em dois tipos:

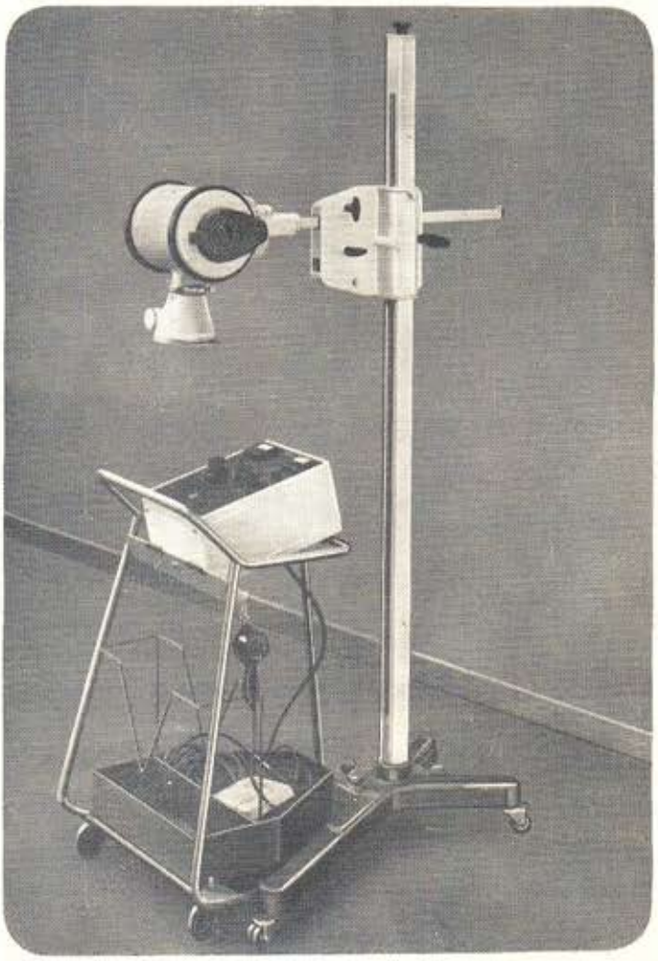
• Caixa manual de comando • Relógio de exposições • 15 mA com 60 e 75 kV para radiografia • 0,3 mA com 70 kV para radioscopia • Tempo de exposição: de 0 a 0,9 e 1,0 a 8,0 segundos ou • Mesinha de comando • Relógio de exposição manual • 20 mA com 50, 60, 72 ou 85 kV para radiografia e radioscopia • Tempo de exposição: de 0 a 0,9 e de 1,0 a 8,0 segundos.

PARA MELHOR DESEMPENHO DO **SUPERPRACTIX** USE TAMBÉM:

ESTATIVA DESMONTÁVEL Leve, ágil, extremamente util no hospital, na pequena clinica ou no consultório.

FLUOROSCÓPIO VERTICAL Versátil, permite radiografias do paciente em diversas posições.

EXAMIX Mesa basculante manual extremamente econômica e de linhas ultramodernas.



PHILIPS

S. A. PHILIPS DO BRASIL
DEPARTAMENTO DE ELETROMEDICINA
MATRIZ: SÃO PAULO: Avenida Senador Queiroz, 312
3.º andar - Telefone: 35-8161
Endereço Telegrafico: PHILIMÉDICA

FILIAIS EM:
PÔRTO ALEGRE • CURITIBA • BELO HORIZONTE • SÃO PAULO
RIO • SALVADOR • RECIFE

ALL STAR FESTIVAL
ADQUIRA UM GRANDE DISCO PARA UMA GRANDE CAUSA

Promo

Pisovinil Ltda.

P I S O

PAVIFLEX de vinil — amianto, único fabricado no país.

P A R E D E S

PAVIFLEX E VIDROPLAST para paredes a prova de bactérias, LAVÁVEIS E ESTÉTICOS.

L O C A I S C O M P A V I F L E X

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

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

AGA

- **OXIGÊNIO MEDICINAL**
- **PROTÓXIDO DE AZÔTO**
  (ÓXIDO NITROSO)

- Aparelhos para Oxigênioterapia
- Reguladores para Oxigênio Medicinal
- Reguladores para Prótoxido de Azôto
- Instalações Centralizadas para Gases e Vácuo Medicinal

- **Companhia AGA Paulista de Gás Acumulado**

RUA GENERAL CARNEIRO, 31 - 6.º ANDAR
TELEFONES: 36-7154 - 33-3623 - 34-4361
CAPITAL — SÃO PAULO

ÁGUA GELADA

é confôrto,
saúde,
eficiência!

BEBEDOURO ELÉTRICO AUTOMÁTICO

CLIMAX

INSTANTÂNEO — Fornece até 40 l de água gelada por hora!
DECORATIVO — Revestido com chapa de aço em diversas côres. Tampo branco, esmaltado a fogo.
SÓLIDO — Sòmente o Bebedouro Climax é construído com estrutura interna de aço.
ECONÔMICO — Consome energia sòmente quando as torneiras estão abertas.
EXCLUSIVO — Único com pedal conjugado com a torneira de jato. Torneira especial para copos.

...E TEM A GARANTIA

CLIMAX

— 15 anos de experiência na fabricação de bebedouros!

Peça uma demonstração à ISNARD & CIA. S. A. — Comércio e Indústria
SÃO PAULO: Avenida São João, 1400 — Tels.: 52-6186 e 52-6654
RIO: Rua da Alfândega, 108 — 1.º andar — Telefone: 23-5785

HOSPITAL DE HOJE

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

Membro da Federação Internacional de Hospitais

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

IPH — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares;

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

SEDE E REDAÇÃO DO IPH

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

Direção e Redação da Revista:

Diretor e Redator Responsável:
Jarbas Karman

Redatores:
Martinus Pawell
Pedro Ferraz do Amaral

Diretores de Seção:

Editorial:
José Reis
Vicente Amato Neto

Psicologia Hospitalar:
Betty Katzenstein
Maria Aparecida Albertini
Noemy da Silveira Rudolfer
Sonia Letayf Lipszic

Laboratório:
Henrique Elkis
Isaac Amar
Otávio A. Germeck

Farmácia:
Carlos H. Robertson Liberalli
Henrique Tastaldi
Quintino Mingoja

Anestesia:
Antônio Pereira de Almeida
Kentaro Takaoka
Salvador Cromberg

Enfermagem:
Glete Alcântara
Maria Mantoanelli
Maria Rosa de Souza Pinheiro
Zélia Fonseca Moysés

I N D I C E

CAPA — HOSPITAL JARAGUA' — São Paulo .....

INDÍCE ..... pg. 1

DIRETORIA DO IPH ELEITA PARA O EXERCÍCIO DE 1963/1964 ..... pg. 3

DIRETORIA DA ESCOLA PARA FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES .....

PRINCÍPIOS DE SERVIÇO SOCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR — Décio Silva Barros ..... pg. 5

- Sumário .....
- Introdução .....
- Histórico .....
- Assistência Social .....
- Serviço Social .....
- Métodos e Campos .....
- Serviço Social Médico .....
- Generalidades .....
- Organização do Serviço Social Médico .....
- Estágio e Supervisão .....
- Voluntariado e Assistência Social .....
- Estudo Social dos Casos .....
- Tratamento do Doente .....
- O Serviço Social e a Administração .....
- Considerações Gerais .....
- Bibliografia .....
- Legislação Federal sôbre a profissão do Assist. Social

FUNÇÃO DAS MISERICÓRDIAS NA NOVA CONJUNTURA ASSISTENCIAL DE S. PAULO — Luiz de Gonzaga Bevilacqua ..... pg. 19

- A Problemática .....
- A Solução .....
- A Contra-Prova .....
- Hospitalização .....
- Maternidade .....
- Hospitalizações .....
- Dias de Hospitalização .....
- Maternidade .....
- Leito-Dia .....
- Intervenções Cirurgicas .....
- Maternidade .....
- Conclusão .....
- Nota .....

SAÚDE: DIREITO DE TODOS — Irany Novah Moraes — Nicolino Barbério ..... pg. 23

PLANEJAMENTO DE HOSPITAL ..... pg. 24

PROBLEMAS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA BAIXADA SANTISTA — J. Saddy Netto ..... pg. 25

Normas:
Eudoro L. Berlinck
Francisco Inácio de Araújo Silva
Sumário Inglês e Revisão:
Charles Honnold Crispin
L. David Borgen
Projetos:
Jarbas Karman
Constantin Schönburg
Nutrição:
Ary Lopes de Almeida
F. Pompeu do Amaral
Estatistica:
Martinus Pawell
Raul de Souza Amaral
Desinfetantes e Esterilização:
Eulina Bastos Richter
Jarbas Karman
Frio e Calor:
Remy Benedito Silva
Radioterapia:
Carlos de Campos Pagliuchi
Renato Araujo Cintra
Radiodiagnóstico:
José H. Medeiros Sobrinho
Noticiário:
Martinus Pawell
Instalações:
Alfredo Willer
Administração:
Cornelio Rosenburgo
Ruy Büller Souto
Acústica:
Roberto Paulo Richter
Relações Públicas:
Alamis Cardoso
Saúde Pública:
Humberto Pascalli
Paulo Carvalho Castro
Rodolfo dos Santos Marcarenhas
Capelania Hospitalar:
Pe. Ricardo Mendes Tahan
Serviço Social Médico:
Décio Silva Barros
Conselho Consultivo:
Henrique Elkis
Nédya Dorsa
Nemésio Bailão
Oscar Motta Mello Junior
Reynaldo Neves de Figueiredo
Wilson Guimarães
Secretaria do IPH:
Iracy Siqueira
Théa Margareta Winkler
Contabilidade:
Magdalena Sipos
Desenhos:
Maria Lucia A. Moreira Campos
Milton Dias Medeiros
Diretor Assistente Comercial:
Carlos Lannes
Distribuidor:
Vicente B. Gagliardi
Rua do Carmo, 38 — sala 402
fone: 22-0311 — 52-3909
Rio de Janeiro — Gb — ZC — 00
Boletim da Associação dos Hospitais de Minas Gerais — Diretor Responsável:
Delcides de Oliveira Baumgratz
Impressão:
Brusco & Cia.
Rua Luiz Gama, 764 - Telefone: 33-7200 — São Paulo — Brasil
Clichês:
Angelo Lastri e Filho

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

HOSPITAL JARAGUA' — Hoover Américo Sampaio — Odair Pacheco Pedroso ..... pg. 27

1.º Pavimento .....
2.º Pavimento .....
3.º Pavimento .....
4.º Pavimento .....
5.º Pavimento .....
6.º Pavimento .....
7.º Pavimento .....
8.º Pavimento .....

O PROBLEMA DO PESSOAL NAS OBRAS SOCIAIS — Décio Silva Barros ..... pg. 33

NOTÍCIAS DO BRASIL ..... pg. 35

Homenagem Postuma ao Prof. Dr. Arthur Wolff Netto — Cosme de Guarnieri Netto .....
Academia Brasileira de Administração Hospitalar ....
Construção da Rêde Hospitalar de Brasília .....
Visita do Dr. A. Pinet — Diretor da Société L'Air Liquide ao Brasil .....

NOTÍCIAS DO IPH ..... pg. 37

Ficha de Inscrição para sócio do IPH .....
Próximos Cursos da Escola para Formação de Administradores e Consultores Hospitalares .....
Escola para Formação de Administradores e Consultores Hospitalares .....
Oração proferida pelo Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo por ocasião da Solenidade de Encerramento do 1.º Curso de Segurança em Hospitais .....
Solenidade de Encerramento do 1.º Curso de Segurança em Hospitais .....
Alunos que participaram do 1.º Curso de Segurança de Hospitais .....
Alunos que participaram do 5.º Curso de Técnica Asséptica e de Esterilização .....

LIVRO — TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO pg. 40

ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR DÁGUA — Jarbas Karman pg. 41

Introdução .....
Histórico .....
Evolução da Autoclave .....

FÔLHA DE INSCRIÇÃO PARA O 6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO ..... pg. 43

LIVRO — SEGURANÇA EM HOSPITAIS ..... pg. 45

SEGURANÇA NA INSTALAÇÃO E USO DE OXIGÊNIO — Waldomiro dos Santos .....

Inflamação e explosão em presença de óleo .....
Acidentes com Tubos de oxigênio .....
Explosão de frascos de vidro (armadilha de água) ....
Utilização de cilindros avulsos e distribuição de gases por meio de canalizações .....
Oxigênio líquido .....
Ar Superoxigenado .....

DIRETORIA ELEITA PARA O EXERCÍCIO DE 1963/1964

PRESIDENTE:

Jarbas Karman

VICE-PRESIDENTE:

Amador Cintra do Prado

SECRETÁRIO:

Nicolino Barbério

2.º SECRETÁRIO:

Théa Margareta Winkler

TESOUREIRO:

Magdalena Sipos

2.º TESOUREIRO:

Carlos Luiz Campana

MEMBROS DA DIRETORIA:

Dr. Alvaro Guimarães Filho
Augusto Mariano Dias
Dr. Cosme De Guarnieri Netto
Dr. Delcides de Oliveira Baumgratz
Dra. Ester Carlos da Rocha Quintão
Dr. G. J. Rosa e Silva
Dr. Gabriel Martins Botelho
Dr. Helio Lôbo
Dr. Henrique Elkis
Dr. João Amorim
Dra. Lilia Cesira Heminia Luchetti
Enf. Maria Rosa de Souza Pinheiro
Dr. Mario Degni
Dr. Maurício Motta de Avelar Alchorne
Dr. Nemésio Bailão
Dr. Plínio Candido de Souza Dias
Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo
Dr. Ruy Büller Souto
Dr. Vicente Amato Neto

CONSELHO FISCAL:

Eng. Carlos Eduardo D'Alamo Lousada
Jaime Esposito
Dr. Raul de Souza Amaral

SUPLENTES DO CONSELHO FISCAL:

Eng. Alfredo Willer
Enf. Glete Alcântara
Arq. Leon Koszlowski

CONSELHO CONSULTIVO:

Dr. A. C. Pacheco e Silva
Dr. Alipio Correia Netto
Dr. Arthur Witzig
Sr. Amaury de Almeida Castanho
Dr. Anésio Alves Britto
Dr. Aloysio Neiva Filho
Enf. Ariadne Lopes Meneses
Eng. Ariel Tacla
Dr. Benedito Montenegro
Profa. Celina Viegas
Alm. Corrêa de Sá Benevides
Dr. Dácio de Almeida Cristovão
Dr. Dante Nese
Dr. Décio Silva Barros
Eng. Eudoro L. Berlinck
Eng. Ermano Marchetti
Dr. Ernani de Paiva Ferreira Braga
Dr. Francisco Pompeo do Amaral
Dr. Flaminio Fávero
Eng. Francisco J. Humberto Maffei
Arq. Flávio Guimarães Barbosa
Eng. Francisco I. Araujo Silva
Dr. Floramante Garófalo
Arq. Florismundo Marques Lins Sobrinho
Dr. Gallileu Pasquinelli Filho
Dr. Genysson Amado
Enf. Geny Gibertoni
Sr. Geraldo Ferraz
Dr. Geraldo Prado Guimarães
Arq. Germano Galler
Dr. Henrique Maia Penido
Dr. Hilton Rocha
Arq. Hoover Americo Sampaio
Dr. Humberto Ballariny
Dr. Jairo Ramos
Dr. João Feliciano Xavier
Arq. Jorge Machado Moreira
Eng. José Annibal da Silva
Dr. José Fleury
Dr. José Reis
Dr. José Ribeiro Villela
Dr. José Silveira
Dr. Lauro Monteiro da Cruz
Dr. Leonildio Ribeiro
Dr. Luiz de Gonzaga Bevilacqua
Dr. Luiz Morato Proença
Irmã Superiora Lydia de Paiva Luna
Madre Maria Angelina Rezende
Madre Maria Domeneuc
Enf. Maria José Abreu
Dra. Maria José Imbassahy dos Santos
Dr. Manoel T. Hidal
Dr. Mario Ramos de Oliveira
Dr. Mario Machado de Lima
Dr. Maurício Karman
Dr. Maury Pinto de Oliveira
Dr. Miguel Azevedo
Dr. Milton Machado Mourão
Dr. Myrcio de Paula Pereira
Assist. Social Neyde Lobato Santos
Prof. Noemy da Silveira Rudolfer
Dr. Oberdan Ravel Perrone
Arq. Oscar Valdetaro
Dr. Paulo Antunes
Dr. Paulo Amaral
Dr. Paulo Antunes Ribeiro
Dr. Paulo Cezar de Azevedo Antunes
Eng. Paulo Sá
Arq. Rino Levi
Dr. Roberto Moura
Eng. Roberto Paulo Richter
Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas
Dr. Seiichi Shimatai
Dr. Silvio de Barros
Dr. Thomaz Russel Rapouso de Almeida
Dom Vicente Zioni
Dr. Zeferino Vaz
Enf. Zaira Bittencourt

ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

DIRETOR

Prof. Zeferino Vaz

VICE-DIRETOR

Arq. Jarbas Karman

TESOUREIRO

Magdalena Sipos

SECRETÁRIA

Théa Margareta Winkler

PROJETAMOS, FORNECEMOS E INSTALAMOS EQUIPAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA HOSPITAIS:

— CENTROS E APARELHOS TELEFÔNICOS DE QUALQUER SISTEMA

— RELÓGIOS ELÉTRICOS "MESTRE E SECUNDÁRIOS" DE TODOS OS TIPOS

— SISTEMAS DE CHAMADA LUMINOSA DE ENFERMEIRAS

— INSTALAÇÕES DE "BUSCA-PESSÔAS" AUTOMÁTICAS OU MANUAIS

— EQUIPAMENTOS ELETRO-ACÚSTICOS, DE RÁDIO E FREQUÊNCIA MODULADA

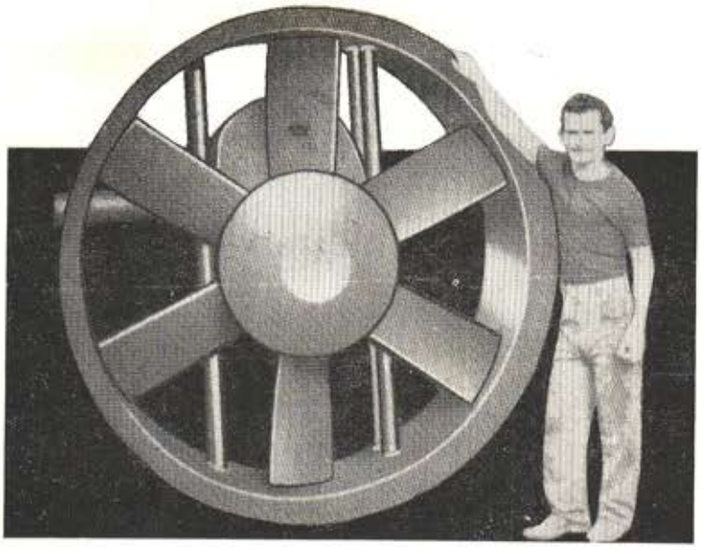
— ANTENAS COLETIVAS DE TV E FM

NEO-REX DO BRASIL LTDA.

Rua Joaquim Floriano, 737/51
Fone: 8-2126 - Cxa. Postal, 7221
SÃO PAULO

Rua Senador Dantas, 117 - cj. 715
Fone: 42-7773 - C.P. 3455-ZC-00
RIO DE JANEIRO

EXAUSTOR PARA VAPORES DE 20.000 REFEIÇÕES / DIA



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

FABRICAMOS TAMBÉM EXAUSTORES ESPECIAIS PARA:

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

ENDEREÇOS:

Escritório:

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

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

anemodérmica

Engenharia e Indústria Ltda.

PRINCIPIOS DE SERVIÇO SOCIAL PARA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

DECIO SILVA BARROS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO
HISTÓRICO
SERVIÇO SOCIAL GENÉRICO
1 — Natureza
2 — Objetivo
MÉTODOS E CAMPOS
SERVIÇO SOCIAL MÉDICO
— Introdução e Histórico
I — Generalidades
1 — Posição do Serviço Social Médico no campo
2 — Objetivos
3 — Funções
4 — Métodos
5 — Atribuições
II — Organização do Serviço Social Médico
1 — Estruturação
2 — Pessoal e Incumbências
3 — Localização
4 — Instalações e Equipamentos
5 — Mecanismo do Serviço
III — Estágios e Supervisão
IV — Voluntariado e assistência social
V — Estudo social dos casos
VI — Tratamento do doente
VII — O Serviço Social e a Administração
VIII — Considerações Gerais
Anexos: Organograma
Legislação Federal sôbre a profissão do Assistente-Social.

— INTRODUÇÃO

Comparando com as demais profissões liberais, diríamos que o Serviço Social é uma técnica recente, fruto das necessidades do mundo de hoje.

Todavia, se como técnica é uma profissão nova, seu espírito deita raízes profundas na História da Humanidade. Evoluindo desde o primitivo sentimento de comiseração, encontrou no advento cristão o sentido humanístico que o caracteriza, dando nova concepção aos problemas sociais da atualidade.

E é justamente no mundo moderno que melhor se coloca o Serviço Social como profissão e técnica, não só em face da complexidade social dos nossos dias, mas também no esfôrço de aliviar a sociedade de um fardo deprimente.

O desenvolvimento urbano está intimamente relacionado com a expansão mercantilista que, na ânsia de aumentar os negócios, forçou os meios de produção a se industrializarem. A mudança, quase que abrupta, do sistema artezanal de produção para o regime de produção em larga escala, ocasionou a chamada Revolução Industrial e, de então para cá, novas feições foram plasmadas na vida social que, de primitivas, rudimentares ou bucólicas, transformou as comunas em grandes centros urbanos.

Nos grandes centros a vida se fêz mais trepidante, oferecendo a alguns a possibilidade de glória e fastígio e a muitos apenas a ilusão. A par disso, também as atividades culturais e recreativas não encontradas nas pequenas comunidades, atingiram de modo direto ou indireto a vida rural circundante.

Apesar de tôdas as vantagens concretas da vida das grandes cidades, socialmente falando, o homem foi diluído numa enorme massa e, despersonalizado e anônimo, se coloca à margem dos objetivos fundamentais da sociedade.

Harmonizar homem e sociedade, adaptar indivíduos e estruturas e despertar no meio social a consciência para um esfôrço de promoção humana, eis o grande objetivo do Serviço Social.
Partindo do postulado, segundo o qual a criatura humana é a maior riqueza e a sociedade o meio para que ela se realize na plenitude do seu valor, o Serviço Social orienta tôda a sua atividade nesse princípio filosófico e fundamenta nas diversas ciências, os seus métodos e processos técnicos.

Mas, ainda que possuindo objetivos próprios e definidos, o Serviço Social, apesar dos métodos e técnicas próprias, continua sendo confundido com a Assistência Social empírica que não tem outro objetivo senão o de atender uma necessidade premente.

— HISTÓRICO

Necessário se faz um pouco de história a fim de que seja facilitada a compreensão das diferenças existentes entre a Assistência Social e o Serviço Social.
A assistência social sempre existiu e sempre existirá nas comunidades de todos os tempos. As naturais diferenças individuais impõem que as deficiências de alguns sejam compensadas pelos excessos de outros.
Êsse ato generoso praticado individualmente, já na Idade Média, foi se organizando em obras de assistência que passaram a distribuir socorros aos necessitados. Na época, essa prática bastava, uma vez que, como problema social, considerava-se apenas a indigência.
O advento da máquina e o surto industrial consequente transformou a sociedade daquele tempo, alterando a vida social, seus conceitos e tradições. Uma nova filosofia de vida influiu de tal modo no homem que seus interêsses, antes tão amplos, acabaram concentrando-se em si mesmo. Com uma nova concepção de vida mais individualista, a sociedade sofreu não apenas transformações urbanas e econômicas mas, principalmente, morais e sociais. Os contatos humanos passaram a ser competição pela subsistência e os laços de fraternidade se afrouxaram; a pobreza passou a ser um estigma.
Essa mentalidade perdurou por muito tempo ainda, sugerindo aqui e acolá, leis que pretendiam coibir a mendicância ou estruturar a prática assistencial, a qual, movida exclusivamente por processos empíricos, mantinha os assistidos (como ainda hoje mantém) indefinidamente no mesmo estado de necessidade, perpetuando assim uma situação anormal.
Por outro lado, a mendicância passou a ser um "negócio" rendoso e não faltaram os abusos que levaram os estudiosos do assunto a procurar uma solução: Era preciso racionalizar a assistência social e encaminhá-la para a completa recuperação do assistido.
A partir dêsse momento esboçou-se uma nova atividade que viria a se constituir no atual Serviço Social. Para isso, contribuiu destacadamente o trabalho de M. Richmond, por volta de 1.890, nos Estados Unidos, que foi valioso na definição do Método de Casos no Serviço Social.
Com isso não queremos dizer que o Serviço Social surgiu como reação à Assistência Social. Ao contrário, utiliza-se da mesma para os socorros urgentes dos seus clientes e durante a fase em que se desenvolve o seu processo de readaptação social.
O Serviço Social é, assim, não um adversário da Assistência Social, mas a técnica que racionaliza essa atividade tradicional.

— SERVIÇO SOCIAL GENÉRICO

Dêsse modo chegamos ao Serviço Social e podemos iniciar com um conceito da sua natureza e objetivos:

1 — **Natureza:** Serviço Social é um trabalho técnico que consiste em realizar estudos em tôrno da patologia social e das condições sociais, econômicas, morais e outras dos desajustamentos individuais ou coletivos.

2 — **Objetivo:** Minorar, corrigir e prevenir desajustamentos sociais, adotando medidas práticas que permitam remover as causas dos desajustamentos e conduzir indivíduos ou famílias, grupos ou comunidades, à solução dos seus problemas e a usufruir condições normais de vida.

Caracterizando assim o Serviço Social, podemos tentar uma síntese que estabeleça as diferenças básicas entre a Assistência Social e o Serviço Social:

1 — **Assistência Social:** auxílio paliativo a um problema premente. Assistência sintomática prestada por leigos, criando e mantendo dependentes. Pode ser:

- a — **Beneficência:** benefícios prestados a alguém ou a um grupo necessitado, através de recursos obtidos de atividades sociais que propiciam alegria e prazer a outro grupo social. — Filantropia.
- b — **Caridade:** assistência prestada aos necessitados como uma esmola dada pelo amor de Deus. E' o socorro inspirado no sentimento cristão de amor ao próximo.

2 — **Serviço Social:** processo científico aplicado por técnicos (assistentes-sociais), que busca as causas dos desajustamentos sociais para tratá-los. Alivia, cura e previne os desajustamentos sociais por meio de técnicas e métodos próprios.

Pode parecer, sem uma análise mais demorada, que os problemas sociais, na sua totalidade, são atribuídos às deficiências econômicas de classes ou indivíduos. Ainda que isso ocorra com muita frequência, não podemos esquecer a complexidade individual e os aspectos integrais dos fatôres bio-psico-sociais da pessôa humana.

Devido a êsses fatôres as atividades do Serviço Social não se justificam apenas com a presença do pauperismo. Há também, na complexidade da vida moderna, uma sobrecarga de tensões ocasionadas pela competição da sobrevivência, pelos preconceitos, padrão de vida, meio ambiente, etc.

Os próprios defeitos da estrutura social merecem uma menção como fatôres desencadeantes uma vez que, objetos da política, não são tratados com o empenho devido. Se a ordem social é objeto da política, cabe aos políticos a tarefa de estabelecer bases sólidas para a afirmação do homem na sociedade.

O técnico em Serviço Social deve estar preparado para enfrentar o emaranhado dos fenômenos sociais, sem correr o risco de estudar os problemas, visando apenas uma face do prisma patológico social.

Como patologia social entendemos o conjunto de fenômenos, causas e efeitos, dos desajustamentos sociais. Alguns dos principais são:

— Desajustamento de condições
— " de população
— " econômico
— " de saúde
— " doméstico

Não se pode pretender uma hierarquia nêsses fenômenos uma vez que, estando de tal modo emaranhados, se torna difícil estabelecer onde um começa e o outro termina; quando um desencadeia o outro.

Assim é que um desajustamento econômico pode ocasionar a falta de trabalho, a deficiência de salários e escassez de produção; alterando os níveis de vida, por sua vez, faz com que a espôsa se veja obrigada a trabalhar fora do lar (competindo com o próprio marido no mercado de trabalho) para complementar ou suprir o orçamento doméstico; e, deixa porisso, de cuidar dos filhos, facilitando na orientação e vigília e propiciando aos mesmos o caminho fácil da ociosidade e vícios.

Êsses fatos podem determinar o enfraquecimento da instituição familiar e consequentes desajustamentos domésticos com repercussão no problema dos menores infratores.

Mas também não se pode afirmar essa ordem de desencadeamento e nem tampouco atribuir tudo a fenômenos externos. Muitas vêzes o problema está no próprio indivíduo e dele se propaga para o exterior. Pode ser também um caso de saúde, relativo a moléstias físicas ou mentais, determinantes de problemas de conduta e vícios sociais. Daí não é longa a distância que separa o indivíduo da miséria física e moral, caracterizada no pauperismo.

Se fôssemos prosseguindo nessa associação de fatos, fatalmente abordaríamos as favelas, a prostituição e mais uma longa série de problemas sociais, todos êles com fenômenos sociais de causas e efeitos.

Como vemos, para tratar dos problemas sociais torna-se necessário contar com técnicos que conheçam a patologia social, com capacidade de diagnósticar as causas e, usando técnicas e métodos próprios, estabelecer um plano de tratamento para os desajustamentos sociais.

— MÉTODOS E CAMPO

Assim como nas outras ciências, também em Serviço Social, método é o conjunto de processos que de uma maneira racional conduz a um objetivo. No Serviço Social, três são os métodos.

Os métodos de Serviço Social visam o homem — direta e indiretamente — nos aspectos principais da existência humana, condição da natureza social do indivíduo e dos estágios de sociabilidade que lhes são inerentes.

Método de Caso:

Nem todos encaram o mesmo problema do mesmo modo e nem todos reagem do mesmo modo em face de um mesmo fato. Isso significa que, mesmo dentro dos planos gerais, não podem ser esquecidos os aspectos individuais das pessoas envolvidas. A individualização é pois um modo de respeitar o indivíduo nas diferenças naturais existentes de pessoa para pessoa. O método de caso, no Serviço Social, leva em conta êsse princípio e porisso é o tratamento social feito de pessoa a pessoa e de pessoa por pessoa. E' fundamentalmente educativo porque procura desenvolver a personalidade do assistido, despertando-o para suas próprias possibilidades a fim de obter ajustamento consciente.

. . . . . .

Lembramos, mais uma vez, que os problemas sociais não são apenas casos individuais. Há um complexo componente de grupos ou de comunidade e, sobretudo, mentalidades retrógadas informando estruturas defeituosas e anti-sociais.

. . . . . .

Método de Grupo:

O grupo é o primeiro estado social do homem. Nele o indivíduo se desenvolve e, na medida que evolui, vai alargando os horizontes do mundo em que vive. O método de Grupo visa o desenvolvimento sócio-cultural do indivíduo e o desenvolvimento do próprio grupo num sentido de interação comunitária e na concientização da realidade social.

O método, portanto, não visa os problemas sociais individuais. Se quizermos, podemos aceitá-lo como um método preventivo, embora dê, de imediato, a cada membro do grupo, as vantagens de um desenvolvimento pessoal.

Através dêsse desenvolvimento poderá atingir indiretamente os problemas e erros sociais, pois não há dúvida que a atuação positiva dos grupos e participação consciente dos líderes na vida comunitária, influi decisivamente na estrutura social.

Método de Comunidade:

Alguns autores adotam para êste método a denominação de Organização Social da Comunidade. Nós, porém, julgamos haver uma diferença entre Organização Social da Comunidade e Serviço Social da Comunidade.

Enquanto, a nosso ver, Organização Social da Comunidade é um trabalho de gabinete, onde uma equipe de técnicos (entre êles o assistente-social) elabora estudos e planos, o Serviço Social de Comunidade é o trabalho de campo que dá condições para a efetivação dos planos e oferece material para o estudo.

Os planos não passariam disso se não houvesse uma ação capaz de interessar a comunidade no seu próprio destino. Interessar os líderes e ajudar os homens a participar ativa e conscientemente dos problemas comuns, é o que constitui o trabalho do Serviço Social da Comunidade.

. . . . . .

Os métodos de Serviço Social não reduzem os campos de sua aplicação; ao contrário, dilata-os de tal modo que hoje em dia tem-se aplicado nos mais variados ramos da atividade humana.

Já vimos que, pela sua própria natureza, as atividades do Serviço Social não se justificam apenas pela presença do pauperismo, pois além de racionalizar a assistência, tem atribuições preventivas em relação aos desajustamentos sociais.

Atualmente é comum encontrar-se o Serviço Social atuando na **Indústria, Escolas, Hospitais, Poder Judiciário, Meio Rural, Imigrações, Família** (através de obras especializadas), no setor de **Menores,** etc.

. . . . . .

O instrumento do assistente-social é a entrevista. Por ela, o profissional obtém os elementos necessários ao estudo dos problemas sociais. Não tem finalidade especulativa e está sob rigoroso código de ética profissional e o seu sigilo é resguardado por lei.

. . . . . .

Para finalizar esta parte, devemos dizer ainda que a formação do profissional (assistente-social) exige um curso de nível superior com a duração mínima de 3 anos (em São Paulo é de 4 anos). Embora exista há mais de vinte e cinco anos no Brasil os cursos de Serviço Social e a profissão do assistente-social, sòmente em 1953 surgiram as primeiras leis Federais regulamentando o ensino e a profissão. Como anexo, incluiremos neste trabalho uma compilação dessa legislação.

— SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

Depois de termos visto o Serviço Social genérico, passamos agora às generalidades do Serviço Social no campo médico, pois é evidente que mesmo dentro de um campo específico ainda caberia uma série de particularidades, se levarmos em conta as próprias especializações da Medicina.

Introdução ao S.S.M.

Os costumes medievais perduraram por muito tempo informando as práticas assistenciais, sobretudo nos hospitais de caridade. Assim é, que até fins do século XIX e mesmo no início do século XX, êsses hospitais mantinham um funcionário como "distribuidor de esmolas" (almoners) que deveria, segundo critério próprio, distribuir aos pobres os recursos para êsse fim destinados. A preocupação principal dêsse funcionário era evitar abusos e exploração da caridade pública.

Entre nós, nas Santas Casas de Misericórdia e em muitos Hospitais públicos, ainda em nossos dias, perduram resquícios dêsse hábito.

Foi por volta de 1895 que, na Inglaterra, o sistema foi submetido a melhor observação, uma vez que já se constatava a inutilidade de tal prática para a solução dos problemas examinados. Quase ao mesmo tempo, também nos EE.UU. procediam-se mudanças nas atribuições do "almoner". Verifica-se que, pelo ano de 1894, o Hospital Postgraduate de Nova Iorque, mantinha um funcionário com atribuições mais amplas do que a simples distribuição de recursos, para servir nos pavilhões infantis. Logo mais, em Boston, foi instalado um Departamento que, històricamente, poderia ser considerado o primeiro Serviço Social Médico das Américas.

Nessa ocasião, o Dr. Richard C. Cabot, avaliando aspectos do tratamento médico, foi o primeiro a declarar que havia algo mais necessário do que apenas o conhecimento da situação financeira dos pacientes. Sentia assim, que alguma coisa vinha faltando para que o tratamento médico pudesse ser mais eficaz. Foi o primeiro a manter um funcionário para acompanhar os pacientes após a alta hospitalar, inclusive com atribuições no próprio domicílio dos doentes.

Em 1906 foi publicado o primeiro Relatório Anual de Serviço Social no Hospital Geral de Massachussets. Algumas idéias do que seria o Serviço Social dessa época e algumas das suas atribuições, podem ser tiradas dêsse relatório. A idéia principal, contudo, é a de que o Serviço Social, através de seus agentes, deveria assegurar que os benefícios recebidos no Hospital não fôssem anulados em casa, logo nas primeiras semanas do regresso, levando em conta a importância de seguir o tratamento prescrito pelo médico. Essa experiência inicial, ainda que animadora, não foi aceita, de pronto, pelos hospitais e médicos em geral.

Todavia, o progresso da ciência médica já dava nova configuração ao doente, pois, dada a sua complexidade individual, não poderia prescindir da consideração de outros fatôres e restringi-lo apenas às considerações dos fatôres fisiológicos. O tratamento médico precisaria ser coadjuvado por algo mais que permitisse da parte do doente um melhor aproveitamento e, da parte do médico, maior eficácia.

Sòmente em 1929, ainda nos EE.UU., após divulgação do "Report of Hospital Standardization" — órgão do Colégio Americano de Cirurgiões — foi que o Serviço Social despertou interêsse mais geral.

Mas, se a experiência do Dr. Richard C. Cabot não fôra prontamente aceita nos Estados Unidos, em outros lugares havia despertado interêsse. Experiências idênticas se fizeram nos seguintes países:

Canadá: General Hospital — **Holanda:** Hospital de Amsterdan — **Bélgica:** Bruxelas e Louvain — **Hungria:** Cruz Vermelha de Budapeste — **Suécia:** Hospital da Estocolmo — **Suiça:** — Hospital da Cruz Vermelha.

Na América do Sul foi o Chile o país pioneiro e a idéia foi lançada pelo Dr. René Senda ao pronunciar uma conferência, na Universidade Chilena, sôbre o tema: Medicina Social, em 1924.

Brasil: Sòmente em 1935 foi o Serviço Social introduzido com a fundação da Escola de Serviço Social, em São Paulo. Em 1941 o Hospital São Paulo solicitou a organização de um Departamento de Serviço Social e abriu campo de estágio para estudantes de Serviço Social.

Porém, só em 1943 foi o Serviço Social instituido oficialmente pela Lei que criou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nesse mesmo período, também na Guanabara o Serviço Social aparecia nos seguintes hospitais: Hospital Artur Bernardes, Hospital Santa Cruz, Santa Casa, Hospital de Psicopatas e Dispensários de Tuberculose.

. . . . . .

As relações entre os fatôres bio-psico-sociais se fizeram de tal modo marcantes no tratamento das moléstias que, modernamente, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) oficializou a seguinte definição:

"Saúde é o bem estar físico, mental e social"

Nesse enunciado podemos vislumbrar a posição do Serviço Social no campo médico-hospitalar, pois o fator social, é reconhecido como parte integrante do conceito de saúde.

O aspécto social (e não podemos esquecer a amplitude dêsse aspecto) nas moléstias é um dos fatôres importante a se considerar no tratamento. Ignorá-lo e restringir a medicina ao aspécto físico, seria torná-la socialmente inóqua.

O conceito de saúde adotado pela OMS já é, por si só, uma demonstração evidente da preocupação da medicina em relação à associação dêsses elementos.

Nos dias atuais, principalmente, quando a prática da medicina moderna vai se fechando nos campos das especializações, não é mais possível pretender que o médico conserve as mesmas características e mantenha a mesma imagem do antigo médico da família, quando, nessa condição, fazia não só o papel do médico mas, muitas vêzes, o de conselheiro e amigo.

Quando se coloca o médico nos hospitais públicos, a distância entre êle e o paciente se torna ainda maior. A medicina coletiva (para não usar a expressão socializada) sacrifica ainda mais a visão do paciente e dos aspectos integrais da sua personalidade. Para o médico, o paciente é apenas biològicamente doente e só nesse aspecto é encarado.

Por outro lado, a própria condição urbana dos grandes centros, faz com que o médico (movido por um interêsse especificamente profissional, ou científico), perca a perspectiva do conjunto que envolve o paciente.

Como na atual estrutura o médico não pode cuidar do paciente em tôda a sua complexidade individual e social, a medicina moderna, atendendo também ao progresso da própria ciência, vem se cercando de profissões complementares no tratamento e profilaxia das moléstias. Dentre essas profissões está o Serviço Social.

I — GENERALIDADES

Já vimos (pelo menos foi êsse o nosso esfôrço) que o Serviço Social no campo médico não é diletantismo, mas uma necessidade da medicina moderna. Resta-nos, agora, objetivar o **Serviço Social Médico**, o que procuraremos fazer em tópicos sucintos.

1 — **Posição do S.S.M. no Campo:** No campo médico, o Serviço Social é um membro da equipe de tratamento, com funções complementares na cura e profilaxia das moléstias.

2 — **Objetivos:** O S.S.M. tem por finalidade o estudo e o tratamento dos problemas sociais relacionados com as moléstias e visa à recuperação dos pacientes, à eficácia do tratamento médico e ao entrosamento comunitário no que diz respeito ao campo.

3 — **Funções Específicas:** Estudar, interpretar e tratar os problemas sociais (individuais ou coletivos) das moléstias, suas causas ou efeitos.

4 — **Métodos:** os métodos básicos do Serviço Social são:

a — Serviço Social de Caso;
b — " " de Grupo;
c — " " de Comunidade.

a — **S.S. Caso:** Visa à individualização do paciente e seus problemas, na unidade hospitalar onde se trata.

b — **S.S. Grupo:** Nos hospitais de crônicos ou nos casos convalescença prolongada, êste método visa manter, no paciente, o espírito de sociabilidade, o equilíbrio da personalidade e desenvolve processos educativos ao mesmo tempo em que torna a hospitalização menos tediosa.

c — **S.S. Comunidade:** Êste método contribui para a conscientização dos roblemas comunitários e melhor coordenação dos recursos comuns para tratá-los. Para o Hospital significa melhor entrosamento com os recursos da comunidade, melhor interpretação da sua capacidade e mais facilidade no tratamento e assistência aos pacientes.

5 — **Atribuições do S.S.M.:** Como membro da equipe de tratamento, o Serviço Social tem atribuições plurivalentes, nunca, porém, dissociadas do seu objetivo principal que é o paciente. As principais seriam as seguintes:

Junto ao Paciente:

a — Auxiliar o paciente nas dificuldades pessoais ou ambientais que interfiram no aproveitamento máximo do tratamento médico;

b — Interpretar para o paciente e sua família, o hospital e certos aspectos da moléstia ou do tratamento, servindo ao mesmo tempo de ligação entre o hospital, paciente e a família;

c — Assistir a família do paciente, nos casos em que a hospitalização ou a doença acarretar desajustamentos, orientando-os na solução de seus problemas;

d — Proporcionar apôio e orientação social que ajude a recuperação e o reajustamento social do paciente, assistindo-o durante essa fase;

e — Preparar para a alta, o paciente e o seu meio ambiente (familiar, profissional e vicinal), quando fôr o caso, visando condições favoráveis ao restabelecimento e readaptação social do caso.

Junto ao médico:

a — Fornecer dados sôbre as condições sociais, econômicas e outras do paciente, sempre que necessário ao diagnóstico e tratamento médico;

b — Auxiliar no seguimento médico (follow up), orientando, removendo e tratando os problemas sociais que dificultam ou interferem no tratamento médico;

c — Estudar as possíveis relações entre os problemas médicos e os problemas sociais, fazendo o tratamento dos casos sociais;

d — Organizar e promover pesquisas médico-sociais, de acôrdo com os interêsses científicos ou dos casos em estudo.

Junto à Administração:

a — Apresentar dados interpretativos dos problemas sociais da comunidade mais frequentes no hospital e suas relações com as moléstias ou tratamentos;

b — Colaborar na solução dos problemas internos que possam influir no atendimento dos pacientes e, no aproveitamento máximo que êstes devem obter do esfôrço hospitalar dedicado ao tratamento;

c — Desenvolver programas médico-sociais, dentro da instituição hospitalar;

d — Contribuir para o melhor rendimento do leito hospitalar.

Junto à Comunidade:

a — Participar de trabalhos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de programas de educação social e sanitária da comunidade;

b — Participar dos trabalhos de coordenação dos recursos da comunidade, para o bem estar social;

c — Proporcionar estágios para estudantes de Serviço Social e interpretar a profissão para outros profissionais.

II — ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

(Padrões mínimos a observar)

1 — **ESTRUTURAÇÃO:**

A colocação do Serviço Social Médico na organização hospitalar, depende do porte do hospital. Conforme o caso, o Serviço Social poderá estar diretamente ligado ao Diretor, ou ainda, ao Departamento dos Serviços Técnicos.

Num hospital grande seria assim:

Num hospital pequeno, o Serviço Social poderá estar subordinado diretamente ao Diretor. Contudo, essa subordinação diz respeito apenas à hierarquia administrativa, pois o S.S.M. é autônomo na aplicação dos métodos e técnicas de sua especialidade profissional.

Nessa posição, o Serviço Social deve estruturar-se, ao menos, com 3 setores básicos:

— Setor Hospitalar;
— Setor de Comunidade;
— Setor de Pesquisas.

SETOR HOSPITALAR

Neste setor o S.S.M. deve se colocar de modo a atender os casos de ambulatórios e casos de internados.

A — **Ambulatório**

O ambulatório é a porta de entrada dos hospitais e porisso mesmo é o setor mais sobrecarregado. Nele refletem não só os problemas médicos mas também os problemas sociais da comunidade.

Grande parte dos casos matriculados não são casos de internação, mas nem porisso prescindem de um tratamento, às vêzes prolongado.

O estudo social dos casos poderá determinar medidas que beneficiam o paciente e aliviam a sôbrecarga do hospital, em particular, nos Serviços Médicos de Urgência.

a — **Plantão de Serviço Social**

A finalidade de um plantão de Serviço Social nos hospitais seria a seguinte:

— Interpretar o hospital para o paciente, avaliar o que o paciente espera obter e se está em condições de usufruir os benefícios que o hospital pode lhe dar;
— Encaminhar os casos para os recursos da comunidade, mais condizentes com a situação social dos mesmos;
— Conceder auxílios imediatos;
— Matricular o caso e encaminhar para o assistente social do Serviço Médico onde deverá fazer o tratamento.

Exige profissionais de muita experiência e conhecedores dos recursos da comunidade. Recomendamos que os plantões sejam em sistema de rodízio entre os profissionais da instituição, a fim de que não percam o contato com as técnicas de tratamento social, o que seria prejudicado se o profissional ficasse permanentemente atendendo o plantão.

B — **Internados**

Com a introdução nos hospitais, dos técnicos em Terapia Ocupacional, os trabalhos de recreação e entretenimento dos pacientes deixou de ser atribuição do Serviço Social. Todavia, isso não significa que o Serviço Social deixe de entrosar-se com a Terapia Ocupacional, pois nesse entrosamento poderá exercer o Método de Serviço Social de Grupo.

No setor de internados, o Serviço Social deve estar em condições de prestar os seguintes serviços, além daqueles que lhe são próprios:

a — **Ligação entre a família e o paciente:**

Nos hospitais públicos, principalmente, onde os sistemas de visitas não gozam da liberalidade dos hospitais particulares, essa ligação significa muito, psicològicamente, para o tratamento.

b — **Preparação para a alta:**

E' um trabalho efetuado no decurso do tratamento do paciente internado. Exige contato frequente com o paciente e seu meio ambiente.

C — **Tratamento Social**

E' função básica do Serviço Social é, porisso, comum no Ambulatório e Enfermarias. Consiste de:

1 — Estudo Social do Caso;
2 — Diagnóstico social;
3 — Plano de tratamento social;
4 — Prosseguimento (tratamento social).

No plano de tratamento social é necessária a participação do médico na avaliação do quadro clínico do paciente, a fim de evitar medidas contraindicadas pelo tratamento médico.

Êste trabalho é circundado de medidas e providências auxiliares impossíveis de enumerar, mas que poderíamos resumir em: Apôio, Interpretação e Encaminhamentos.

Reuniões de Equipe:

Entendemos por Equipe de Tratamento o conjunto de profissionais, médicos ou não, cujas atividades diretas atingem o paciente. No caso seria:

— Médico;
— Enfermeiro;
— Assistente Social
— Psicólogo
— Terapêuta Ocupacional.

A liderança dessa equipe cabe ao médico. Essa estruturação evita a dispersão de esforços e facilita uma melhor compreensão das funções e atribuições de cada um.

Assim colocado, o Serviço Social estaria em condições de apresentar resultados úteis para a equipe e não apenas para si ou para o paciente.

Das reuniões de equipe emanam as orientações gerais para os casos, mas não exclui as necessidades de entendimentos individuais entre os profissionais.

D — **Funcionamento**

Propomos assim, um Serviço Social Médico sem a separação dos casos de ambulatório e dos casos de internados. O paciente, esteja onde estiver, deverá ser atendido sempre pelo mesmo assistente social, salvo quando se fizer necessária a transferência por motivos de ordem técnica.

Dêsse modo, o assistente-social que inicia um caso deve acompanhá-lo em tôdas as fases do tratamento médico, até sua alta final.

E — **Documentação do Trabalho**

Os estudos sociais do caso, os planos de tratamento social e as providências diversas que o Serviço Social tenha tomado, devem constar do prontuário do paciente, pois não deixa de constituir subsídio para o tratamento médico.

Além disso, o Serviço Social deve possuir outros arquivos particulares que facilitem os trabalhos de pesquisa, prosseguimento dos casos e a organização própria do serviço.

SETOR DE COMUNIDADE

Não haveria possibilidade de um resultado eficiente do Serviço Social Médico, se suas atribuições internas não fôssem desenvolvidas paralelamente na Comunidade.

O contato com obras sociais e a participação em estudos, coordenação e criação de recursos permite ao S.S.M. não só os recursos para atendimento dos próprios casos, como também situar-se dentro da realidade social da comunidade em que opera.

Assim colocado, o Serviço Social não só atinge como também é atingido pela Comunidade. Nesse intercâmbio de posições, manterá relações estreitas com profissionais e escolas relacionadas com o campo hospitalar.

Nessa oportunidade poderá contribuir para a formação de assistentes-sociais especializados no campo médico, proporcionando estágios práticos. Poderá também, interpretar-se aos demais grupos ou profissionais da comunidade.

SETOR DE PESQUISA

A pesquisa em Serviço Social visa atualizar princípios e técnicas da profissão em face de novos conhecimentos da realidade social, propiciando também as bases dos programas de trabalho.

Por outro lado, os resultados poderão oferecer os elementos de medidas administrativas, não só do hospital, como também dos poderes públicos.

Dada a complexidade do fato social, o setor de pesquisas em Serviço Social requer a colaboração de assistentes-sociais com sólidos conhecimentos de sociologia, antropologia, psicologia e outras ciências sociais.

E' um setor dispendioso e os resultados demandam algum tempo. Por essa razão, entre nós, a pesquisa não se efetua sistemàticamente nos Departamentos de Serviço Social, embora pudesse representar mais tarde uma melhor e mais eficiente aplicação de recursos na assistência social.

Todavia, recomendamos que, sempre que possível, os Departamentos de Serviço Social mantenham êsse setor importante.

2 — **PESSOAL E INCUMBÊNCIAS**

O Serviço Social será sempre dirigido por um assistente-social, segundo o que dispõe a legislação profissional.

A — **Pessoal:**

a — Assistente-social — Chefe de Serviço
b — Assistentes-sociais — Encarregados de setores
c — Assistentes-sociais — Supervisores
d — Assistentes-sociais — Em número suficiente
e — Escriturários
f — Mensageiros

O cálculo que determina o número de assistentes-sociais varia segundo as condições ou tipo de hospital. Por exemplo: Hospital público ou particular, Hospital especializado em determinada moléstia ou Hospital geral.

Mesmo num hospital geral é preciso considerar também as particularidades de cada Serviço Médico em funcionamento.

De modo geral, apenas para estimativa de qualquer projeto, diríamos que a base seria de: 1 (um) assistente-social para cada 70 leitos.

Existem, entretanto, tabelas específicas para o Serviço Social em Psiquiatria, Tuberculose, etc.

B — **Incumbências:**

* Ao chefe do Serviço cabe:
a — Planejar, organizar e supervisar o trabalho dos setores;
b — Coordenar as pesquisas;
c — Realizar a permanente avaliação dos trabalhos, mantendo a Direção do Hospital informada;
d — Interpretar os resultados estatísticos e apresentar relatório à Direção do Hospital;
e — Despachar pessoalmente com o Diretor dos Serviços Técnicos ou com o Superintendente quando fôr o caso;
f — Propor a admissão, demissão, elogios e penas disciplinares aos funcionários do Serviço;
g — Presidir as reuniões técnicas e administrativas do Serviço e dos Setores;
h — Administrar os recursos dotados para o Serviço.

* Ao encarregado de Setor cabe:
a — Zelar pela execução dos planos de trabalho;
b — Despachar pessoalmente com o Chefe do Serviço e dar conhecimento dos problemas e dificuldades encontradas;
c — Fazer cumprir as normas e regulamentos administrativos;
d — Co-administrar os recursos dotados para o setor;
e — Supervisar a aplicação dos métodos e técnicas de Serviço Social nos casos e nos programas de trabalho;
f — Encaminhar, na época marcada, os dados necessários à elaboração do relatório geral;
g — Apresentar sugestões que visam a melhoria do serviço no atendimento de suas finalidades.

* Ao supervisor cabe:
a — Fazer a supervisão técnica dos trabalhos executados pelos assistentes-sociais do seu grupo;
b — Orientar estágios práticos de estudantes de Serviço Social.

Nota: Esta função existe quando o setor tiver mais de 10 assistentes sociais:

* Ao assistente-social cabe:
a — Aplicar seus conhecimentos técnicos na execução dos programas estabelecidos e no tratamento dos casos;
b — Integrar-se na equipe de trabalho, contribuindo com a sua parte na realização dos programas de trabalho;
c — Elaborar relatórios e compilar dados para pesquisas e estatísticas do Serviço e do Hospital;
d — Supervisar estágios de estudantes de Serviços Social, quando designado pela chefia.

* Aos demais funcionários do Serviço, incumbe a realização das diversas tarefas que lhes forem designadas pelos chefes.

C — **Qualificação profissional:**

a — Sòmente poderão exercer a profissão de Assistente-Social os portadores de diploma registrados no Ministério de Educação e Cultura e devidamente inscritos no Conselho Regional de Assistentes Sociais;
b — A designação profissional de assistente-social é privativa dos habilitados na forma da legislação vigente.

3 — **LOCALIZAÇÃO**

A localização do Departamento de Serviço Social depende das proporções do Hospital, do tipo de cliente que deve receber e da própria capacidade de atendimento.

Enquanto num Hospital pequeno o Departamento pode ser centralizado, num Hospital grande convém que seja descentralizado.

De qualquer modo, a localização deve considerar a necessidade que o Serviço Social tem, de atender os pacientes e suas famílias de modo reservado.

Então, é conveniente que o Serviço Social se coloque junto ao saguão de acesso ou sala de espera do serviço médico a que se prende, para que os clientes possam aguardar o atendimento em relativo confôrto.

Se os ambulatórios funcionam em local ou prédio separado das enfermarias, cada um deles deve dispor também de pequenas salas para o Serviço Social.

Alem dessas unidades individuais do assistente-social, o Serviço Social necessita de um escritório geral, tendo em anexo a sala da chefia do serviço. O local dêste escritório não é tão importante, mas, se fôr possivel, pode localizar-se junto as demais chefias do Hospital.

Os engenheiros e arquitetos, ao projetarem hospitais, não poderão ignorar essas necessidades, pois não há hospital moderno que prescinda do Serviço Social.

4 — **INSTALAÇÕES DE EQUIPAMENTOS**

As salas dos assistentes-sociais não precisarão ter mais de 6 m2., uma vez que não conterá mais do que uma mêsa, um fichário e duas ou três cadeiras, levando-se em conta que a utilização dessas salas é muito mais para atender o aspecto reservado dos casos do que para funcionar como escritório.

Já nos referimos à necessidade de dispor de uma sala de espera e de como isso pode ser resolvido em conjunto com outros serviços, de modo a permitir o uso comum dessa instalação.

O escritório geral deve oferecer condições para acomodar um número razoável de escriturários, e ter em anexo a sala da chefia, com capacidade para realizar as reuniões do Serviço.

O equipamento do Serviço Social é simples, pois não necessita mais do que mêsas, cadeiras, fichários, máquinas de escrever e demais apetrechos comuns de escritório.

São importante, todavia, o **telefone** e o meio de **transporte.** Sem êsses recursos o Serviço Social terá grandes dificuldades no desempenho de suas funções, pois o contato externo é frequente no estudo e tratamento dos problemas médico-sociais.

5 — **MECANISMO DO SERVIÇO**

O mecanismo do serviço está de certo modo condicionado ao tipo de Hospital e aos programas de trabalho a se realizar. De qualquer modo, êsse mecanismo contém pontos comuns em qualquer organização.

Ficam dependendo de particularidades as rotinas de serviço e o entrosamento com os demais órgãos do Hospital.

A — **Documentação:**

Êste elemento do serviço, em primeiro lugar, envolve o planejamento dos impressos a serem usados. O estudo dos impressos exige que se considere alguns pontos básicos a saber:

a — **Dimensões:** Os tamanhos dos papéis devem acompanhar as medidas já adotadas pelo Hospital em relação ao prontuário médico a fim de que seja possível o uso de envelopes ou pastas oficialmente adotadas. Também as fichas devem acompanhar as medidas padronizadas a fim de dispensar encomendas especiais e onerosas se forem diferentes das que existem prontas nos fornecedores dêsse artigo.
b — **Móveis:** Os arquivos padronizados pelos fabricantes combinam com os tamanhos dos impressos, ou melhor, com as dimensões dos papéis vendidos na praça, o que dispensa cortes especiais do papel que encarecerão os impressos.
c — **Modelos:** Racionalizar de tal modo os impressos de maneira a reduzir o número de modelos. Se possível, imaginar um tipo de impresso que possa ter várias aplicações.

A utilização da documentação de trabalho, principalmente os estudos de casos, precisam ser cuidados de modo a não permitir a quebra do sigilo profisional a que estão sujeitos. Seria desagradável e prejudicial que êsses estudos chegassem ao conhecimento de serviços que nada têm em comum com o tratamento dos pacientes.

B — **Arquivos e fichários:**
O arquivo do Serviço Social compreende não só a documentação dos casos de pacientes, mas também tudo o mais que possa interessar ao funcionamento do Departamento.
O fichário também deve estar planejado de modo a atender a pronta localização do que se deseja: Recursos da Comunidade, Endereços de Colaboradores, etc.
Se o serviço fôr descentralizado, cada um dos assistentes-sociais terá um fichário próprio, assim como um arquivo de casos atendidos por êle.
Uma ficha contendo os principais dados do caso será feita em duas vias para que a segunda via seja remetida ao Escritório para a formação de um fichário geral.

C — **Estatística:**
Cada assistente-social registra no seu diário os casos atendidos e dêsse registro extrai os dados para a estatística do Serviço.
Os dados fornecidos pelos assistentes-sociais serão tabulados e interpretados no Escritório Geral, sob a supervisão direta da Chefia do Serviço Social.
A interpretação dos dados é de grande importância para o Serviço Social e para a Administração do Hospital.

D — **Contabilidade:**
Quando o Serviço Social lida com recursos em dinheiro, há necessidade de uma escrituração. Essa escrituração será feita de acôrdo com a orientação do Serviço de Contabilidade do Hospital, uma vez que é necessário o entrosamento com êsse órgão da administração.

E — **Expediente:**
Todo o expediente do Serviço é despachado no Escritório Geral. Consiste em expedir, receber e protocolar a correspondência interna e externa.
Também se efetuam serviços que dizem respeito ao Pessoal do Departamento, cuidando das comunicações de faltas, escalas de férias, escalas de horários, etc. — devidamente entrosado com o Departamento do Pessoal.

III — ESTÁGIOS E SUPERVISÃO

O Departamento de Serviço Social deve proporcionar estágios aos alunos de Serviço Social e facilitar, dentro do razoável, as possibilidades de aperfeiçoamento e atualização aos assistentes sociais do próprio Departamento.
Essa prática permite o contato permanente com as escolas de Serviço Social, o que reputamos importante para o próprio Serviço.

O setor de estágios deve merecer a mesma atenção que é dispensada aos demais setores do Departamento e só deve funcionar quando tiver condições de oferecer um bom aprendizado prático aos alunos e aos assistentes-sociais que desejam um aperfeiçoamento técnico especializado.
Êste setor deve ficar a cargo de um assistente-social com bastante prática no campo e que tenha feito o curso de Supervisão em Serviço Social.
Na admissão do estagiário deve ser levado em conta:

a — Grau do aluno estagiário;
b — Experiências anteriores do estagiário;
c — Contato frequente do supervisor com a escola;
d — Se já fôr profissional formado, atender o interêsse específico do estagiário.

O funcionamento do setor de estágios deve ser aprovado em Regulamento interno do Serviço, pela administração do Hospital. Nesse caso, poderá fornecer certificados aos estagiários já formados, pois aos alunos basta a avaliação geralmente exigida pelas escolas, no cumprimento do currículo escolar.
O estagiário, por sua vez, deve aceitar as condições do estágio e assumir as responsabilidades oriundas dessas condições, a fim de que possa haver continuidade e aproveitamento.

A supervisão visa o desenvolvimento da capacidade profissional, utilizando-se de um processo educacional, pelo qual o supervisor assume a responsabilidade de orientar profissionais ou estudantes de menor experiência ou recursos práticos.

Encerra um caráter educativo e só pode ser admitido com a participação do supervisionado. Como um elemento básico de formação, deve ser um processo individualizado e exige do supervisor a compreensão do aluno na sua personalidade. Visando o amadurecimento profissional, procura sanar os pontos negativos e desenvolver os positivos do estagiário. Implica numa avaliação constante e progressiva que deve ser assentada em bases de compreensão, autoridade, confiança e respeito.
Não é, portanto, um contrôle da capacidade do aluno, mas um meio prático para o seu desenvolvimento profissional.
Para o Hospital, a supervisão tem papel importante porque enquanto procura melhorar o padrão profissional, ajuda o estagiário a executar melhor o programa estabelecido. Por outro lado, o atendimento dos casos se realiza de modo mais perfeito, contribuindo para que se firme o bom nome do Hospital na comunidade. Considera-se ainda o fato de propiciar aos estagiários o contato com os problemas sociais e o seu tratamento.

Hieràrquicamente o supervisor está subordinado diretamente ao Chefe do Serviço Social, mas isso não o impede de elaborar as Normas e Rotinas do Setor de Estágios.

O papel do supervisor é de significativa importância. O seu mister coloca-o responsável perante 4 (quatro) áreas:

a — Administração do Hospital;
b — Os supervisionados;
c — Os pacientes que o Hospital atende;
d — A comunidade como um todo.

Daí a necessidade de que preencha certos requisitos imprescindíveis ao exercício do cargo.

IV — VOLUNTARIADO E ASSISTÊNCIA

Em certos tipos de Hospitais é muito útil a presença de um corpo de voluntárias. Em tôdas as comunidades sempre existe senhoras e senhoritas à espera de uma oportunidade para darem um pouco de si aos necessitados. Geralmente são pessoas diferenciadas social e econômicamente e, que, por fôrça da posição que ocupam, mantêm um amplo círculo de amizades.

O Serviço de Voluntárias geralmente se organiza em forma de Associação, com diretoria e estatutos próprios. Apesar disso deve ser admitido um vínculo de subordinação à Direção do Hospital e a aceitação de um elemento do Serviço Social para orientar e supervisar os trabalhos.

Os objetivos da Associação de Voluntárias são, de um modo geral, ligados à assistência social mas, nem porisso, estará impedida de exercer outras atividades junto aos pacientes.
Quando o trabalho é exercido fora do campo assistencial, a voluntária deve submeter-se ao treinamento adequado junto ao serviço que pretende executar e aceitar a orientação e a chefia do serviço correspondente. Por exemplo: Se deseja auxiliar a enfermagem, deve aceitar as rotinas do serviço; se deseja auxiliar na recreação, do mesmo modo deve entender-se com o recreacionista, etc.

Mas, no que diz respeito ao Serviço Social, poderá prestar uma inestimável colaboração. Assumindo a responsabilidade da parte assistencial dos casos, estará dando aos assistentes-sociais a possibilidade de maior dedicação aos estudos dos problemas, orientação e prosseguimento dos casos, ou seja: a possibilidade de funcionar mais técnica do que assistencialmente.

Nessas condições, o assistente-social estudaria o caso social e a parte assistencial que por acaso coubesse no tratamento, seria desempenhada pelas voluntárias, embora prescritas pelo serviço social. Isso não significa que os aspectos particulares do caso sejam revelados; exige apenas um bom entrosamento entre os serviços. Desligando-se assim a parte assistencial do Serviço Social, surge a oportunidade de melhores esclarecimentos entre uma função e outra, cuja distinção é importante para que não se faça mau uso do Serviço Social.

A voluntária, para ser aceita, deve preencher certos requisitos e submeter-se a certas condições. Em linhas gerais, daremos algumas a seguir:

a — Fazer treinamento prático e teórico;
b — Submeter-se a normas e rotinas estabelecidas;
c — Ser pontual e responsável;
d — Possuir algum idealismo;
e — Aceitar a autoridade do chefe;
f — Ter equilíbrio emocional.

Nas campanhas de vários tipos, a participação das voluntárias significa uma grande colaboração na execução dos programas. Já temos exemplo dessa valia, em várias campanhas de sangue, programas de saúde pública, etc.

V — ESTUDO SOCIAL DOS CASOS

O estudo social dos casos é uma das atribuições do Serviço Social que, quando bem utilizada, poderá prestar grandes benefícios ao paciente, ao hospital e à comunidade.

Infelizmente ainda não se valorizou suficientemente a utilidade de tais estudos, no momento da admissão do paciente, antes mesmo da primeira consulta médica.

Além de constituir o elemento que integra a parte sociológica do Prontuário Médico — segundo orientação mais moderna sôbre a documentação médica dos hospitais — o estudo social daria ao médico alguns elementos da situação do paciente e, quem sabe, auxiliaria na orientação e no cumprimento da prescrição a seguir.

Como a situação social do paciente não é elemento precípuo do médico, muitos casos se agravam socialmente, lutando com problemas de acomodação e subsistência, sobrecarregando as obras sociais da comunidade, ùnicamente porque o médico não teve conhecimento prévio da situação social do paciente. Isso se repete nos serviços médicos auxiliares que marcam exames para dois ou três mêses adiante e sem os quais não há possibilidade de firmar diagnóstico. Como vemos, embora não pareça à primeira vista, o conhecimento prévio da situação social do paciente evitaria um grande número de problemas para o paciente, para o hospital e para a comunidade.

E' evidente que tal juízo não se aplica aos casos de urgência que acorrem ao hospital.

O estudo social dos casos não é apenas especulação, mas o elemento básico para o tratamento social e talvez médico. O assistente-social tem capacidade técnica para chegar ao diagnóstico social, pelos elementos que o estudo social oferece; e ao plano de tratamento pelo que foi dado conhecer sôbre a própria pessoa do paciente, em relação às possibilidades que dispõe.

O tipo e a quantidade das informações obtidas para o estudo do caso, não devem ir além do necessário. O modo ou a técnica de expôr êsse estudo varia segundo a orientação que cada serviço recebe particularmente do seu chefe, ou ainda de cada assistente-social relator do caso. Todavia, alguns tópicos poderiam ser sugeridos e outros são imprescindíveis, como veremos:

1 — Identificação
2 — Qualificação:
  a — social
  b — profissional
  c — cultural
3 — Problema social apresentado
4 — Estudo social:
  a — dados etnicos
  b — situação familiar
  c — situação econômica
  d — situação profissional
  e — meio ambiente
5 — Diagnóstico social
6 — Plano de tratamento
7 — Evolução do caso (seguir cada passo e registrar as medidas tomadas na orientação, até o encerramento do caso.)

O relatório do estudo deve ser apresentado de modo conciso e discriminado em tópicos a fim de facilitar a utilização dos mesmos.

Os dados referentes aos problemas e situação não são fixos e podem se alterar na medida em que se desenvolve o plano de tratamento.

A compilação da história social serve para futuras referências do caso e porisso é importante no prontuário médico.

Além disso pode contribuir para os estudos e pesquisas, quando o hospital pretende desenvolver trabalhos de saúde pública e irradicação de moléstias, pois oferece dados primordiais para o Serviço de Estatística do Hospital, em relação aos índices sociais dos casos.

VI — TRATAMENTO DO DOENTE

Modernamente, não se pode pensar mais no tratamento em função apenas de hospital e medicamentos. A simples hospitalização poderá constituir para muitos um sério problema social, com efeitos imediatos, próximos ou remotos.

Como já dissemos, a vida moderna ocasiona uma sobrecarga de tensões, das quais o indivíduo não pode separar-se e que influe sobremaneira no seu estado geral. E' uma bagagem psíquica e social que o doente, ao entrar no hospital não pode deixá-la do lado de fora, e que pode influir negativamente no tratamento médico.

O êxito do tratamento está, na maioria das vêzes, condicionado ao estado psico-social do paciente que, em face da sua hospitalização, faz conjecturas sôbre o seu futuro e sente os seus planos prejudicados no presente. A exposição conveniente do seu estado e de um plano de tratamento a seguir, poderá influir psicològicamente, favorecendo a terapêutica e o rápido restabelecimento.

Quando o doente percebe que há no hospital alguém interessado em seus problemas (e não sòmente na sua saúde) e que procura ajudá-lo na solução dos mesmos, sentirá, por certo, melhores condições psicológicas, e com isso, propiciará condições pessoais mais favoráveis ao tratamento médico.

E' também importante que a família faça parte de certos aspectos do tratamento de modo que essa cooperação signifique a segurança e o apôio que o paciente necessita para atravessar essa fase.

Se a moléstia determina uma mudança de vida após a alta, mais do que nunca o paciente precisará contar com alguém capaz de orientá-lo nessa fase de recuperação e readaptação, sem o que, o tratamento não poderá ser considerado findo.

Vemos assim, que o sucesso da terapêutica não está na conservação de uma vida física, mas também na recuperação social do paciente a ponto de desfrutar condições normais de vida.

Mas, ainda que perfeito o seguimento médico (follow-up), há casos em que a orientação social é necessária no sentido de que sejam mudados alguns aspectos da situação social do paciente, sem o que, todo o esfôrço dispendido pela equipe hospitalar seria inóquo.

Outrossim, diz respeito aos retornos do paciente para contrôle pós-alta e que em alguns casos não se efetiva porque problemas sociais impedem-no de fazê-lo.

E' nessa área hospitalar que o Serviço Social Médico atua e porisso o colocamos na equipe de tratamento. As providências que o assistente-social toma nessa parcela do tratamento médico, merece a consideração devida.

O Diagnóstico Médico

Comunicar o diagnóstico médico ao paciente ou à sua família é sempre uma tarefa ingrata se o mesmo não oferece boas perspectivas. Justamente porque é desagradável, o médico (numa atitude humana e compreensível) tende a transferir essa missão ao assistente- social.

A nosso ver, ainda que autorizado pelo médico, o assistente-social não pode assumir êsse encargo, pois constitui dever intransferível do médico.

O conhecimento que o assistente-social tem do diagnóstico, permite, apenas, que êle faça uso dêsse segrêdo médico para orientação do problema social e interpretação, aos pacientes e familiares, de alguns aspétos do tratamento a seguir.

Acesso ao Prontuário

Durante o tratamento, o prontuário do paciente deve ser consultado com certa frequência pelos membros da equipe de tratamento. Nesse caso, apesar de ser uma peça sigilosa, não deve ser limitada ao uso do médico. Há uma ética profissional que assegura as reservas impostas a êsse documento hospitalar.

Nessas condições, o assistente-social tem acesso livre ao prontuário, podendo requsitá-lo sempre que se fizer necessária uma consulta ou mesmo para anexar a documentação do seu trabalho.

Equipe de Tratamento

Não pode haver sentido de equipe sem que haja uma interrelação profissional perfeita e, para que isso exista, é necessário que cada elemento conheça as atribuições dos demais.

Na equipe de tratamento o líder natural é o médico e nem poderia ser diferente. Se o líder tem conciência do seu papel, procura conduzir os trabalhos de modo a valorizar a parte que cabe a cada um, de modo a obter bons resultados. Para atingir esse estágio, é preciso que conheça as profissões que o auxiliam e complementam.

Para o assistente-social é importante familiarizar-se com a terminologia médica e com o significado dos diagnósticos. Isso e importante porque há implicações sociais mais ou menos frequêntes em determinados diagnósticos.

Isso não quer dizer que o médico precisa ser assistente-social e nem que este tenha necessidade de ser médico, mas conhecimentos básicos são necessários que cada um possua da profissão do outro, desde que compreendam suas posições na equipe.

VII — O SERVIÇO SOCIAL E A ADMINISTRAÇÃO

Dos métodos de Serviço Social, o mais desenvolvido no Serviço Social Médico é o de Caso, porque o caso médico ocupa o primeiro lugar no Hospital. Já vimos que a prática desse método abrange o estudo social do paciente, seus ansêios e necessidades em relação ao seu estado físico ou mental. Requer íntima e sistemática colaboração com o médico.

Pode também ser aplicado em setores administrativos do Hospital, onde os aspectos são considerados para tratamento. Desse modo, O Serviço Social poderá decidir administrativamente em alguns casos se:

a — As orientações administrativas do Hospital permitirem um exercício razoável das decisões do Serviço (exemplo: critério para cobranças de taxas, concessão de descontos, formas de pagamentos, etc.)
b — A administração permitir participar de comissões aplicadoras de regulamentos que se relacionam com o paciente e na medida que se julgar cada caso.

Mas não seria só com o método de caso que o Serviço Social Médico estaria sendo útil e completo.

O Hospital, pela própria importância e pelo que significa aos habitantes da localidade, assume uma posição relevante na comunidade. Assim, o Serviço Social Médico tem um vasto campo de ação comunitária que exige a sua participação.

Essa participação na comunidade pode conduzir a um processo de desenvolvimento e organização social da comunidade, no qual, o Serviço Social Médico tem área especifica.

Eis porque o Serviço Social Médico não deve restringir-se aos

casos e, de certo modo, deve desenvolver com a mesma importância a aplicação do método de comunidade.

No que diz respeito ao desenvolvimento de programas médico-sociais, deve considerar as seguintes áreas:

a — **Hospital:** quando houver necessidade reconhecida de considerar o paciente em relação aos vários mecanismos de funcionamento do Hospital e as necessidades daquele em face dos dispositivos administrativos;

b — **Comunidade:** quando se fizer necessário conduzir os elementos interessados a participarem de um planejamento e execução de programas de saúde pública e bem estar social;

c — **Treinamento profissional:** quando houver solicitação de estágios para treinamento de profissionais do campo médico-hospitalar, cujas atribuições na equipe de tratamento requeiram conhecimentos genéricos de Serviço Social.

As funções do Serviço Social em alguns aspectos da administração, não é de todo inusitada, pois o administrador não deve dispensar essa colaboração efetiva em alguns pontos, e eventuais em outros.

Como o administrador hospitalar está assoberbado do seu mistér, às vêzes perde de vista alguns pontos importantes que estão fora da organização física do hospital. A administração não se completaria se o seu conhecimento do hospital se restringisse aos aspetos internos, a ponto de desconhecer os reflexos externos da sua atuação, para o paciente e para a comunidade.

Nêsses casos, o Serviço Social está em condições de oferecer, não sòmente um valioso subsídio ao administrador, mas também uma atuação auxiliar de grande valia na comunidade.

Utilizar bem o Serviço Social é, pois, uma arte administrativa que se revela no conjunto da atuação hospitalar. O administrador sensato não deixa de ouvir o Serviço Social antes de tomar medidas administrativas que envolvem aspetos que possam condicionar problemas de ordem médico-social.

E' necessário que as relações entre o Serviço Social e a Administração sejam conduzidas em têrmos de valorização de cada serviço ou programa, pois não há dúvida que o bom funcionamento do Serviço Social depende dessa interação de objetivos.

. . . . . .

O Serviço Social vem pagando o tributo das novas profissões, pois não tendo ainda a universalidade consagrada pelos séculos de atividade profissional, tem sido objeto de inúmeras confusões.

A falta de conhecimento sôbre o Serviço Social resulta na má utilização que dêle se tem feito. Apesar dos objetivos próprios e definidos, muitas vêzes, procuram atribuir-lhe tarefas não bem definidas nas demais profissões, o que resulta numa série de encaminhamentos inadequados.

Enganam-se os que esperam do Serviço Social a posição de baláio de problemas, na crença de que êstes não devem mais constituir preocupação coletiva, ou de cada um, no que lhe diz respeito.

O Serviço Social, embora trate de problemas sociais, não tem a pretensão de resolver isoladamente as dificuldades da humanidade. O que faz, isso sim, é conscientizar o problema a fim de que possam ser tomadas as medidas (por quem de direito) necessárias ao afastamento das causas desencadeantes.

No campo médico-social, por exemplo, deparamos com situações criadas por falta de conhecimento básico do Serviço Social. Quando ninguém mais sabe o que fazer com o caso, recorre ao Serviço Social para que êste faça o que não foi possível ser feito. Como não existe varinha mágica, quando a solução não é encontrada, a responsabilidade passa a ser do Serviço Social.

Mas, em primeiro lugar, devemos ponderar sôbre a realidade social do nosso tempo e estado. Quando o nivel de vida da população é inferior ao mínimo necessário, seria utópico pretender encontrar as soluções na atividade e nas atribuições do Serviço Social Médico.

Quando o hospital atende principalmente o indigente hospitalar, a situação se torna paradoxal, pois, de que vale pôr à disposição dêsses doentes, tôda uma organização hospitalar de alto padrão com os mais modernos aparelhamentos, os mais doutos profissionais e as melhores técnicas de diagnóstico, se o pobre, aquêle que se utiliza de tudo isso, vive condições infra-humanas e não pode cumprir a prescrição do tratamento?

Dêsse modo, o Serviço Social depende muito da estrutura social, cuja ordem deve oferecer um mínimo de condições para estabelecer as bases sôbre as quais aquêle possa se apoiar.

Nessas condições, um hospital público ou de caridade, poderá gerar muito mais problemas do que soluções, isto porque, no nosso caso (Brasil) há falta de planejamento e recursos médico-hospitalares regionais. Dêsse modo, resulta o afluxo de doentes para as comunidades mais bem providas dêsses recursos, que acabam adotando uma população que precisa receber tudo, sem nada oferecer.

Tal fenômeno constitui não apenas problemas para o Serviço Social mas também para a administração hospitalar que não pode ignorar sua posição na ordem das coisas. Eis porque, chamamos a atenção para o entrosamento da Administração com o Serviço Social.

VIII — CONSIDERAÇÕES GERAIS

Pelo que já foi dito e exposto, cremos já ser possível uma idéia do que vem a ser o Serviço Social e a profissão de Assistente-Social.

Entretanto, os comentários seguintes são destinados a uma rápida análise do Serviço Social no quadro das profissões e de como vem êle sendo utilizado e interpretado pelos demais profissionais, pelas instituições e pelos poderes públicos.

Infelizmente a falta de espírito universitário que entre nós isola as Faculdades de Ensino Superior, reduz de tal modo as perspectivas profisionais a ponto de não ser possível realizar nenhum trabalho de equipe. Disso resulta que na vida prática, ao se encontrarem no mesmo campo de trabalho, a individualização profissional é de tal ordem que não precisa muita perspicácia para notar-se o disperdício de esforços.

Por outro lado, a própria designação profisisonal do assistente-social leva a uma associação de idéias que relaciona intuitivamente o Assistente-Social com a Assistência Social e não com o Serviço Social. Porisso, a nosso ver, essa designação não é muito feliz; dá a idéia de passividade quando na realidade a profissão é dinâmica e vigorosa.

Supomos que dêsses dois pontos básicos se originam a falta de compreensão e a má utilização (em certos casos) do Serviço Social, quer por particulares, que por instituições, quer pelos órgãos públicos, daí resultando a deslocação em que se encontra no quadro das atividades modernas.

Vencer essa incompreensão e procurar colocar o Serviço Social na sua devida posição, tem sido uma das tarefas mais árduas do assistente-social.

A prática paternalista da assistência social cristalizou-se numa resistência (consciente ou não) à aplicação das técnicas do Serviço Social.

Isto porque a aplicação consciente, racional e discreta dos recursos assistenciais, objetivando a recuperação social do individuo, não satisfaz à vaidade daquêles que por êsse meio ostentam a "bondade". Outros ainda pretendem colocar o Serviço Social como um amortecedor de choques entre classes ou individuos. Ora, o Serviço Social não só atua nas deficiências individuais mas também nas deficiências estruturais da ordem social. E' claro que a Justiça Social, dentro de uma sociedade ambivalente e desintegrada pelo liberalismo absoluto, torna antipáticos aquêles que dela têm sêde e repelem as formas farisáicas da caridade.

Não se pode condicionar técnicas e métodos científicos a serviço de interêsses e conveniências parciais. E, enquanto não fôr consciente a participação de todos na vida social e na solução de seus problemas, o Serviço Social terá dificuldades para se impôr como técnica.

Mas infelizmente a confusão não ocorre apenas com aquêles que se colocam à margem dos problemas. Também os políticos, investidos de poderes para legislar, administrar e preservar o bem-estar social, embora tratando com a ordem social, chegam a ignorar a própria existência do Serviço Social como técnica no tratamento dos problemas sociais.

O próprio poder executivo desperdiça os poucos órgãos que dispõe, atribuindo-lhes tarefas paliativas sem nenhum sentido de solução aos problemas sociais.

Agrava-se ainda mais a situação quando, apesar de leis existentes e em vigência, nomeiam-se leigos em Serviço Social para dirigir obras típicas de Serviço Social, visando apenas ao atendimento de interêsse políticos.

Com o que dissemos até aqui, cremos ter levado a têrmo o nosso intento quando nos propusemos, com êste trabalho, a esclarecer algo sôbre o Serviço Social, particularmente no campo médico-hospitalar, focalizando seus fundamentos, objetivos e atribuições. Esperamos que, de fato, isso tenha acontecido.

BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, Fernando — Princípios de Sociologia — 6.ª Edição. Edições Melhoramentos — São Paulo.

BARROS, Decio Silva — Serviço Social — Administração Paulista, Revista do Serviço Público — Volume VI — Abril/Dezembro 1963 (Transcrições revistas).

BARROS, Decio Silva — Plano para o Serviço Social na Clinica Psiquiátrica — Boletim da Clinica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Volume II n.º 3 de maio de 1963 (Transcrições revistas).

BEREZOVSKY, Mina — Programa de um curso para médicos da Faculdade de Higiêne e Saúde Pública — ou 1963 — São Paulo.

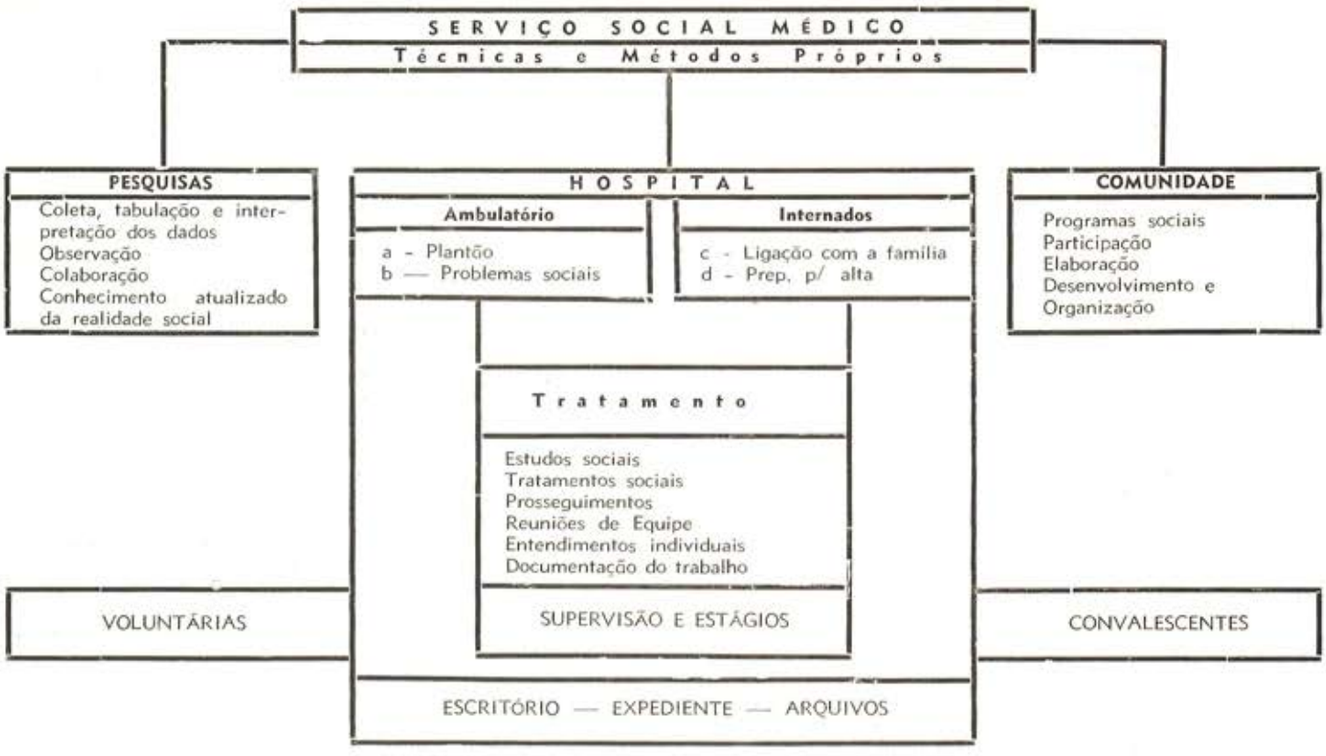
CARNEIRO, LYS LEITE M. — Manual do Serviço Social do Hospital dos Servidores do Estado — Publicação do Boletim do Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado — IPASE — Vol. 13 — n.º 56 e 57 — 1961.

CAVA NETO, Luiz — Curso de Supervisão em Serviço Social — Anotações de aulas — 1956.

MAC EACHERN, Malcoln — Hospital Organization and Management — (Phisician Record Co. — Chicago 1950).

PIERSON, Donald — Teoria e Pesquisa em Sociologia — 3.ª Edição. Edições Melhoramentos — São Paulo.

SAMPAIO, Maria Mesquita — O Serviço Social numa Organização Hospitalar — Tese apresentada em 1954 — Escola de Serviço Social de S. Paulo.



LEGISLAÇÃO FEDERAL SOBRE O ENSINO E A PROFISSÃO DE ASSISTENTE-SOCIAL

Lei n.º 1.889 de 13 de Junho de 1953

O Congresso Nacional decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 70, § 4.º da Constituição Federal, a seguinte lei:

Art. 1.º — O ensino do Serviço Social tem os seguintes objetivos:

I — Prever a formação do pessoal técnico habilitado para a execução e a direção do Serviço Social;

II — Prevêr a formação do pessoal habilitado para a execução e direção de órgãos de Serviço Social e desenvolvimento de seus ramos especiais.

Art. 2.º — O ensino de Serviço Social é feito em nível superior, em três séries no mínimo, de duração de um ano cada uma.

Art. 3.º — Dentro da orientação metodológica compatível com o nível do curso, a formação teórica e prática de assistentes-sociais compreenderá o estudo das seguintes disciplinas, no mínimo:

I — Sociologia e Economia Social;
Direito e Legislação Social;
Higiene e Medicina Social;
Psicologia e Higiene Mental;
Ética Geral e Profissional.

II — Introdução e fundamentos do Serviço Social;
Métodos de Serviço Social;
Serviço Social de Caso — de Grupo — Organização social da Comunidade;
Serviço Social em suas especializações;
Família — Menores — Trabalho — Médico;
Pesquisa Social.

§ **único** — As aulas de Serviço Social deverão atingir 1/4 no mínimo do total das aulas e as Escolas de Serviço Social deverão organizar os seus programas, atendendo a que no 1.º ano haja preponderância da parte teórica, no 2.º ano seja observado o equilíbrio entre a parte teórica e prática e no 3.º ano preponderância da parte prática.

Art. 4.º — As Escolas poderão manter ainda cursos de pós-graduação, destinados a especialização e aperfeiçoamento de assistentes-sociais.

§ **único** — O certificado de curso de especialização sòmente será expedido mediante apresentação de diploma ordinário, registrado na forma da lei.

Art. 5.º — O provimento de cadeiras nas Escolas de Serviço Social será feito por meio de professores contratados, assegurada a regência das cadeiras ou disciplinas de Serviço Social exclusivamente a Assistentes Sociais que tenham diploma registrado na Diretoria do Ensino Superior, ou excepcionalmente, para profissional estrangeiro especializado.

§ **único** — No provimento das cadeiras de Serviço Social referidas neste artigo, fica ressalvado o direito daquêles que as venham lecionando pelo menos há três anos.

Art. 6.º — As Escolas de Serviço Social, em sua organização e funcionamento, regem-se pelo disposto no Decreto-Lei 421 de 11-5-38, e de 8-3-40.

Art. 7.º — São condições para matrícula inicial no curso de Serviço Social:

I — Prova de registro civil que comprove a idade mínima de 18 anos;

II — Prova de conclusão de curso secundário completo;

III — Atestado de idoneidade moral;

IV — Atestado de sanidade física e mental.

§ **único** — A exigência constante do inciso I poderá ser suprimida por uma das seguintes provas:

a) — diploma de curso superior, registrado na Diretoria do Ensino Superior;

b) — pelo disposto no § 2.º do art. 31 do Decreto-Lei n.º 1.190 de 4-4-39 conforme a redação que lhe deu o art. 1.º do Decreto-Lei n.º 8.195 de 20 de Novembro de 1945.

Art. 8.º — Até três anos após a regulamentação desta lei, a exigência constante do art. 7.º, poderá ser suprida pela prova de promoção à 2.a série do curso colegial.

Art. 9.º — As Escolas de Serviço Social já em funcionamento são obrigadas a requerer seu reconhecimento dentro do prazo de 120 dias a partir da regulamentação desta Lei, e sob pena de serem proibidas de continuar funcionando.

§ **único** — Os atuais alunos das Escolas a que se refere este artigo poderão nelas prosseguir se oportunamente atenderem as condições exigidas pelo regulamento da Escola, verificadas, em cada caso pelo Conselho Nacional de Educação, na hipótese de vir o Curso a ser reconhecido.

Art. 10.º — Ao aluno que houver terminado o curso ordinário e sido aprovado no trabalho final de sua exclusiva autoria será conferido o diploma de Assistente Social.

Art. 11.º — Os portadores de diploma expedido por Escola de Serviço Social em funcionamento na data da publicação desta Lei e que vierem a obter reconhecimento, deverão requerer seu registro, dentro do prazo de 150 dias, a Diretoria do Ensino Superior.

§ 1.º — Este órgão processará o pedido, encaminhando ao Conselho Nacional de Educação, que decidirá, a vista do disposto no § único do art. 9.º.

§ 2.º — Quando verificada irregularidade sanável no histórico escolar, pode o Conselho Nacional de Educação determinar a validade do curso, especificando os exames.

Art. 12.º — Aos assistentes sociais portadores de diplomas expedidos por Escolas oficiais ou oficializadas, já extintas, são assegurados os direitos e vantagens previstos nesta lei, desde que tenham defendido tese e contam com mais de 5 anos de exercício da profissão.

Art. 13.º — Poderão requerer registro de Assistente Social os diplomados por Escolas de Serviço Social estrangeiras, desde que tenham seu diploma revalidado pela autoridade competente.

Art. 14.º — Ficam resguardados os direitos dos atuais agentes sociais com função nos varios orgãos públicos, sendo-lhes facultado obter o diploma de Assistente Social, mediante provas prestadas nas Escolas de Serviço Social, das materias constantes do currículo escolar e não incluidas nos cursos que hajam frequentado.

§ **único** — Aos agentes sociais, qualquer que seja sua denominação, serão assegurados os direitos e vantagens previstas nesta lei, desde que venham em carater de Assistente Social, exercendo a profissão há mais de cinco anos.

Art. 15.º — O poder executivo subvencionará as Escolas de Serviço Social já existentes, as que forem fundadas, desde que sejam reconhecidas pelo seu orgão competente.

Art. 16.º — O poder executivo distribuirá bolsas de Estudo aos Estados, que não possuam Escolas de Serviço Social, obrigando-se o bolsista, mediante assinatura de termo de compromisso, a exercer a profissão nos 2 anos após o término do curso, no seu Estado de origem.

Art. 17.º — O poder Executivo expedirá dentro de noventa dias regulamentação básica desta lei.

Art. 18.º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Senado Federal, em 13 de Junho de 1953
ass. João Café Filho

Decreto n.º 35.311 de 2 de Abril de 1.954

Regulamenta a Lei 1.889 de 13 de Junho de 1963

O Presidente da Republica, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 17.º da Lei 1.889 de 13-6-53, Decreta:

Art. 1.º — O ensino do Serviço Social só poderá ser ministrado pelas Escolas de Serviço Social, constituidas nos termos deste Regulamento.

§ **único** — Os cursos óra existentes, que ministrem o ensino de Serviço Social, devem individualizar-se em Escolas ,passando a ter direção propria, e dispondo dos orgãos administrativos previstos pela legislação do Ensino Superior.

Art. 2.º — O ensino do Serviço Social tem por finalidade:

I — prover a formação do pessoal técnico habilitado para a execução do Serviço Social;

II — aprefeiçoar e propagar os conhecimentos e técnicas relativas ao Serviço Social.

III — contribuir para criar ambiente esclarecido que proporcione a solução adequada dos problemas sociais.

Art. 3.º — As Escolas de Serviço Social compreendem cursos ordinários e extraordinários.

§ 1.º — O curso ordinário é o constituido por um conjunto de disciplinas, cujo estudo seja necessário à obtenção do diploma de Assistente Social.

§ 2.º — Os cursos extraordinários são de três modalidades:

a) — de aperfeiçoamento, que se destina a ampliar conhecimentos em determinados domínios de qualquer disciplina do curso ordinário;

b) — de especialização, destinado a aprofundar, em ensino intensivo e sistematizado, os conhecimentos necessários a finalidades profissionais ou cientificas;

c) — de extensão, destinado a levar os problemas de assistência social ao conhecimento da comunidade.

Art. 4.º — O curso ordinário de Serviço Social, cuja duração mínima é de três anos, compreende, além do ensino teórico e prático, estágios supervisionados e realização de trabalho final de exclusiva autoria do aluno.

Art. 5.º — O curso ordinário de Serviço Social compreenderá as seguintes disciplinas:

I — 1.a Série:
- a) — Sociologia;
- b) — Ética Geral;
- c) — Psicologia;
- d) — Estatística;
- e) — Noções de Direito;
- f) — Higiene e Medicina Social;
- g) — Introdução ao Serviço Social;
- h) — Serviço Social de Casos;
- i) — Serviço Social de Grupos.

II — 2.a Série:
- a) — Econômia Social;
- b) — Legislação Social;
- c) — Ética profissional;
- d) — Higiene Mental;
- e) — Pesquisa Social;
- f) — Atividades de Grupo;
- g) — Organização Social da Comunidade.

III — 3.a Série:
- a) — Administração de Obras Sociais;
- b) — Organização Social da Comunidade;
- c) — Pesquisa Social.

§ 1.º — As aulas de Serviço Social atingirão sempre 1/4 no mínimo, do total das aulas, devendo os programas ser organizados de forma que, na primeira série haja preponderância da parte teórica; na segunda série equilíbrio entre a parte teórica e prática; e na terceira série preponderância da parte prática.

§ 2.º — Além das disciplinas obrigatórias, o aluno do 3.º ano deverá optar por um conjunto de disciplinas que integram um dos seguintes setores:

I — Familia:
- a) — Serviço Social da Família;
- b) — Puericultura;
- c) — Economia doméstica.

II — Menores:
- a) — Serviço Social de Menores;
- b) — Direito do Menor;
- c) — Aspectos psicopedagógicos da conduta do menor.

III — Médico-Social:
- a) — Serviço Social Médico;
- b) — Aspectos médico-sociais das moléstias;
- c) — Nutrição.

IV — Trabalho:
- a) — Serviço Social do Trabalho e técnicas auxiliares;
- b) — Higiene e Segurança do Trabalho.

§ 3.º — Ao currículo poderão ser acrescentadas novas disciplinas, mediante propostas do Conselho Técnico Administrativo da Escola e aprovação do Conselho Nacional de Educação.

§ 4.º — O ensino das disciplinas poderá ser feito em períodos semestrais, a juizo do Conselho Técnico Administrativo da Escola.

§ 5.º — Cada Escola deverá manter, pelo menos, dois dos setores de especialização referidos no § 2.º dêste artigo, sendo-lhes facultado criar outros que correspondam as necessidades regionais, depois de aprovados pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6.º — As disciplinas ensinadas no curso ordinário constituem materia das seguintes cadeiras:

I — Psicologia;
II — Sociologia;
III — Ética;
IV — Introdução ao Serviço Social;
V — Serviço Social de Casos;
VI — Serviço Social de Grupos;
VII — Organização Social da Comunidade.

§ 1.º — A Congregação de cada Escola poderá propôr a criação de outras cadeiras, as quais constarão do seu Regimento ,depois de aprovados pelo Conselho Nacional de Educação.

§ 2.º — São privativas dos Assistentes Sociais as cadeiras III, IV, V, VI, VII e as que vieram a ser criadas de acôrdo com o pará-

grafo anterior e assim foram declaradas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 7.º — É obrigatória a organização de círculos de estudos ou de trabalho de seminários, orientados pelos Monitores com programa aprovado pelo C.T.A. da Escola.

Art. 8.º — A prática do curso de Serviço Social compreenderá:
a) — Conhecimento dos recursos da comunidade através de visitas, pesquisas e putros meios adequados;
b) — Estágios supervisionados, cuja programação depende da aprovação do C.T.A.

Art. 9.º — Excetuando o curso ordinário, sujeito aos períodos letivos fixados na legislação federal, os demais têm organização, duração e funcionamento regulados pelo C.T.A. de cada Escola.

Art. 10.º — São órgãos da administração das Escolas:
I — Diretoria;
II — Conselho Técnico Administrativo;
III — Congregação.
§ 1.º — A Constituição, a competência e o funcionamento dêstes órgãos obedecem ao prescrito na legislação geral sôbre o ensino superior.
§ 2.º — Só os Assistentes Sociais podem ocupar o cargo de Diretor de Escola.
§ 3.º — Os monitores e supervisores serão rapresentados no C.T.A. e na Congregação, na forma estabelecida no Regimento da respectiva Escola.

Art. 11.º — Cada cadeira ficará a cargo de um professor catedrático, auxiliado por asistentes.
§ 1.º — Enquanto não se realizar concurso de provas e títulos para o provimento efetivo da cátedra, os professores serão contratados na forma do art. 5.º da Lei 1.889 de 13-6-53.
§ 2.º — Quando o exigir o interêsse do ensino, será facultado o contrato de profisional estrangeiro especializado para a regência de cátedra.

Art. 12.º — Além dos professores mencionados no artigo anterior, haverá monitores e supervisores, cujas funções serão afixadas no Regimento de cada Escola.
§ **único** — Os monitores serão sempre assistentes sociais, com diploma registrado na forma da lei.

Art. 13.º — Os alunos podem ser de duas categorias:
a) — regulares;
b) — ouvintes.

Art. 14.º — O candidato à matrícula como aluno regular, deve submeter-se a concurso de habilitação na forma da legislação de ensino superior.

Art. 15.º — Para inscrição ao concurso de habilitação, deve o candidato apresentar requerimento, juntando, em original, os seguintes documentos:
a) — Prova de conclusão de curso secundário;
b) — carteira de identidade;
c) — atestado de idoneidade moral;
d) — atestado de sanidade física e mental;
e) — certidão de nascimento passada por oficial de registro civil, que comprove a idade mínima de 18 anos;
f) — prova de estar em dia com as obrigações do serviço militar, quando fôr o caso.
§ 1.º — As exigências da letra "a" deste artigo pode ser suprida pela apresentação de didiploma de curso superior, registrado na Diretoria do Ensino Superior.
§ 2.º — Até três anos após o presente regulamento, a exigência constante da letra "a" deste artigo poderá ser suprida pela prova de promoção a 2.a série do curso colegial.

Art. 16.º — As condições de aprovação, promoção e transferência de alunos são idênticas às previstas pela legislação de ensino superior, podendo, no entanto, o C. T. A. da Escola fazer outras exigências, que devem ser fixadas em seu regimento, dêle constando, necessariamente a obrigação de frequência aos estagios e de realização de todos os trabalhos práticos.

Art. 17.º — O aluno que houver sido aprovado em tôdas as disciplinas, nos estágios e em trabalho final de curso, de sua exclusiva autoria, terá direito ao diploma de Assistente Social.
§ 1.º — A terminação de qualquer outro curso dará o direito a um certificado correspondente.
§ 2.º — A matrícula em curso de especialisação ou de aperfeiçoamento será permitido mediante apresentação de diploma de assistente social, registrado na forma da lei.

Art. 18.º — As Escolas de Serviço Social deverão requerer dentro do prazo de 120 dias, a partir da publicação deste decreto, o respectivo reconhecimento, nos termos do Decreto n.º 421 de 11-5-38, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 2.076 de 8-3-40, juntamente com a documentação exigida.
§ **único** — As Escolas que não requererem dentro dêsse prazo serão proibidas de funcionar, assim como aquelas as quais o reconhecimento fôr negado.

Art. 19.º — Os atuais alunos das Escolas de Serviço Social que vierem a ser reconhecidas poderão prosseguir no curso se, oportunamente, atenderem as condições exigidas pelo Regulamento ou Regimento da Escola, verificadas em cada caso, pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 20.º — Os alunos das Escolas que venham a ser proibidas de funcionar poderão transferir-se para outras, desde que se adaptem as exigências do Regimento desta mediante parecer do Conselho Nacional de Educação

Art. 21.º — Os portadores de diploma já expedidos por Escolas de Serviço Social que vier obter o reconhecimento deverão requerer seu registro dentro de do prazo de 150 dias, após o ato de reconhecimento, a Diretoria do Ensino Superior.

Art. 22.º — Os portadores de diplomas de Escolas que venham a ser proibidas de funcionar, ficam sujeitos a validação de seus cursos.
§ **único** — A validação deverá ser requerida, dentro de 150 dias, após a publicação do ato de proibição de funcionamento, a Diretoria do Ensino Superior, que instruirá a maneira de processar os exames e indicará a Escola em que devem processar-se, ouvido o Conselho Nacional de Educação.

Art. 23.º — Os portadores de diplomas de escolas extintas, oficiais ou oficializadas, que não forem reconhecidas, poderão valer-se do direito conferido pelo artigo anterior, desde que o requeiram dentro de 180 dias, a partir da data deste decreto, e que provem com documentos oficiais, haverem defendido tese e contarem mais de 5 anos de efetivo exercício na profissão.

Art. 24.º — Os assistentes sociais diplomados por Escolas de Serviço Social estrangeiras poderão revalidar seus títulos, na forma da legislação geral e segundo instrução da Diretoria do Ensino Superior.

Art. 25.º — Aos atuais agentes sociais, qualquer que seja sua denominação, com funções nos varios orgãos publicos, é facultado adaptar-se ao curso de Assistente Social, mediante requerimento a qualquer Escola reconhecida, por processo aprovado pelo seu C.T.A., ad referendum da Diretoria do Ensino Superior.
§ **único** — Ficam ressalvados os direitos dos agentes sociais que, até a data da promulgação da Lei n.º .. 1.889 de 13-6-53, vinham exercendo, em caráter de assistente social, a profissão a mais de 5 anos.

Art. 26.º — O Poder Executivo promoverá sejam subvencionadas as Escolas de Serviço Social reconhecidas, de acôrdo com proposta da Diretoria do Ensino Superior.

Art. 27.º — O Poder Executivo poderá conceder bolsas de estudos aos Estados que não possuam Escolas de Serviço Social, nos termos do convenio que vier a ser firmado cm a Diretoria do Ensino Superior.
§ **único** — Será obrigatório no citado convenio clausula relativa ao compromisso, por parte do beneficiado, de exercer a profissão no Estado de origem, no mínimo durante os dois primeiros anos que se seguirem à conclusão do curso.

Art. 28.º — Os casos omissos ou duvidosos serão propostos a Diretoria do Ensino Superior, que decidirá, ouvido o Conselho Nacional de Educação.

Art. 29.º — Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 2 de Abril de 1954
Ass. Getulio Vargas
Ass. Antonio Balbino.

Lei n.º 3.257 de 27 de Agosto de 1957

Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social.

O Presidente da Republica, usando da atribuição que lhe confere o artigo 70 § 4.º da Constituição, etc.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1.º — É livre em todoo território nacional o exercício da profissão de assistente social, observando-se as disposições da presente Lei:

Art. 2.º — Poderão exercer a profissão de Assistente Social:
a) — os possuidores de diploma expedido no Brasil

por Escolas de Serviço Social oficiais ou reconhecidas pelo Governo Federal, nos têrmos da Lei n.º 1.889 de 13-6-53;

b) — os diplomados por escolas estrangeiras, reconhecidas pelas leis do país de origem, cujos diplomas tenham sido revalidados de conformidade com a legislação em vigor;

c) — os agentes sociais qualquer que seja sua denominação, com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo da Lei 1.889 de 13-6-53.

Art. 3.º — São atribuições dos Assistantes Sociais:

a) — Direção de Escolas de Serviço Social;

b) — Ensino das cadeiras ou disciplinas de Serviço Social;

c) — Direção e execução do Serviço Social em estabelecimentos públicos e particulares;

d) — Aplicação dos métodos e técnicas especificas de Serviço Social na solução de problemas sociais.

Art. 4.º — Só assistentes-sociais poderão ser admitidos para chefia e execução dos Serviço Social em estabelecimentos públicos, para estatais, autárquicos e economia mista.

§ **único** — Em caráter precário, até 31 de dezembro de 1960, poderão ser admitidos para o Serviço Social, nos vários órgãos públicos, para estatais, autárquicos e de economia mista, candidatos não diplomados, desde que estejam cursando o 3.º ano de Escola de Serviço Social. Após essa data, o preenchimento das vagas se fará mediante concurso de conformidade com o disposto nêste artigo.

Art. 5.º — Nas Escolas oficais de Serviço Social, que se criarem, apenas Assistentes Sociais poderão assumir os cargos docentes, de direção, secretaria, e supervisão, excetuando-se, no caso do ensino, as cadeiras ou disciplinas que, pelo seu programa, possam ou devem ser ensinadas por outros profissionais.

Art. 6.º — O disposto nos artigos anteriores se praticará sem prejuizo da observância das normas relativas ao provimento das cátedras de ensino e da legislação geral sôbre os funcionários públicos civis da União.

Art. 7.º — Vetado.

Art. 8.º — Dentro do prazo de 90 dias, a partir da data da publicação da presente lei, o poder Executivo baixará a a sua regulamentação.

Art. 9.º — Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 27 de Agosto de 1957

Ass. Juscelino Kubitschek
Nereu Ramos
e demais Ministros

Decreto n.º 994 de 15 de Maio de 1962

Regulamenta a Lei n.º 3.252 de 27 de Agosto de 1957, que dispõe sobre o exercício da profissão de Assistente Social.

O Presidente do Conselho de Ministros, usando das atribuições que lhe confere o artigo 18, item III, do Ato Aidicional à Constituição Federal, e tendo em vista o disposto no artigo 8.º da Lei n.º 3.252, de 27-8-57, Decreta:

Art. 1.º — Fica aprovado o Regulamento da Lei n.º 3.252 de 27 de Agosto de 1957, que dispõe sobre o exercício da profissão de Assistente Social e que a êste acompanha, assinado pelo Ministro do Trabalho e Previdencia Social.

Art. 2.º — O presente decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasilia, Distrito Federal, em 15 de Maio de 1962; 141 da Independencia e 74 da Republica.

Ass. Tancredo Neves
Franco Montoro

Regulamento da Lei n.º 3.252 de 27 de Agosto de 1957.

Art. 1.º — O Serviço Social constitui o objeto da profissão liberal de Assistente-Social, de natureza técnico-científica.

§ **único** — A designação profissional de assistente-social é privativa dos habilitados na forma de legislação vigente.

Art. 2.º — São atividades profissionais do Assistente-Social aquelas cujo exercício determina a aplicação dos processos específicos de Serviço Social.

Art. 3.º — O exercício da profissão de Assistente-Social é livre em todo o território nacional observadas as exigências previstas na legislação em vigor e no presente regulamento.

Art. 4.º — Sòmente poderão exercer a profissão de Assistente-Social:

I — Os possuidores de diploma de Assistente-Social expedido no Brasil por Escola de Serviço Social oficiais ou reconhecidas pelo Governo Federal, nos termos da Lei n.º 1.889 de . . 13-6-53;

II — Os diplomados em Serviço Social, por escolas estrangeiras, reconhecidas pelas Leis do país de origem, cujos diplomas tenham sido revalidados de conformidade com a legislação em vigor;

III — Os Agentes Sociais, qualquer que seja sua denominação, que tiverem seus direitos resguardados, segundo o disposto no artigo 14 e do parágrafo único, da Lei 1.889 de . . . 13-6-53.

§ 1.º — Aos Assistentes-Sociais, para que possam exercer a profissão, é obrigatório o registro do diploma no órgão competente, assim como a inscrição no respectivo Conselho Regional de Assistentes-Sociais, previsto no art. 6.º deste Regulamento.

§ 2.º — Aos Agentes Sociais, referidos no item III dêste artigo, para que possam exercer a profissão de Assistente Social, é obrigatória a inscrição no respectivo Conselho Regional de Assistentes Sociais, de acordo com as instruções que forem expedidas pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais.

Art. 5.º — São prerrogativas do Assistente-Social:

I — Dirigir Escolas de Serviço Social;

II — ensinar as cadeiras ou disciplinas de Serviço Social e supervisionar profissionais e alunos em trabalho teórico e prático de Serviço Social;

III — planejar e dirigir o Serviço Social, bem como executá-lo em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares;

IV — Assessorar tècnicamente assuntos de Serviço Social nos órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares;

V — realizar perícias, judiciais ou não, e elaborar pareceres sôbre matéria de Serviço Social.

§ **único** — Além do disposto no artigo 5.º, constituem atribuições do Assistente-Social:

a) — integrar comissão examinadora de concursos e provas em cadeiras ou disciplinas específicas de Serviço Social, assim como representar congregação ou côrpo de professores em conselho universitário;

b) — participar de comissões, congressos, seminários e outros reuniões específicas de Serviço Social, como representantes de poderes públicos, da classe, de órgãos e estabelecimentos de Serviço Social públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.

Art. 6.º — A disciplina e fiscalização do exercício da profissão de Assistente Social caberão ao Conselho Federal de Assistentes Sociais (C.F.A.S.) e aos Conselhos Regionais de Ass. Soc. (C.R.A.), criados por este Regulamento.

Art. 7.º — Para o efeito da constituição e da jurisdição dos C.R.A.S. fica o território nacional dividido nas seguintes regiões:

1.a Região: Amazonas, Pará, e Territórios do Acre, Rio Branco, Rondonia, e Amapá, com sede em Belem;

2.a Região: Maranhão e Piaui, com séde em S. Luiz;

3.a Região: Ceará e Rio Grande do Norte, com séde em Fortaleza;

4.a Região: Paraiba, Pernambuco, Alagôas e Território e Fernando de Noronha, com séde em Recife;

5.a Região: Sergipe e Bahia, com séde em Salvador;

6.a Região: Espírito Santo, e Minas Gerais, com séde em Belo Horizonte;

7.a Região: Estado da Guanabara e Estado do Rio de Janeiro, com séde no Rio de Janeiro;

8.a Região: Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso, com séde em Brasilia;

9.a Região: São Paulo, com séde na Capital;

10.a Região: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com séde em Pôrto Alegre.

§ **único** — Qualquer dos Estados poderá constituir-se em região autônoma desde que atinja o número de 500 profissionais que exerçam a profissão na área respectiva.

Art. 8.º — O Conselho Federal de Assistentes Sociais será constituido de nove membros efetivos e nove suplentes: Presidente, Vice-Presidente, dois Secretários, dois Tesoureiros, três membros do Conselho Fiscal, todos assistentes-sociais, habilitados de acôrdo com o item 1 do art. 4.º dêste Regulamento, devidamente inscri-

tos no C.R.A.S.

§ 1.º — A eleição dos Membros do C.F.A.S. far-se-á indiretamente, por delegados-eleitores credenciados pelos C.R.A.S., na proporção de um delegado para cada grupo de 50 assistentes sociais, ou fração, registrados na região, devendo recair, preferencialmente, a escolha daqueles Membros em profissionais residentes na sede do Conselho Federal.

§ 2.º — O Presidente do Conselho será escolhido dentre seus membros.

§ 3.º — Ao Presidente caberá a administração e a representação legal do Conselho.

§ 4.º — A substituição de qualquer Membro, em seus impedimentos, far-se-á pelo suplente na ordem da votação obtida e, em caso de empate, pela antiquidade do registro do diploma.

§ 5.º — O mandato dos Membros do C.F.A.S. será de 3 anos.

Art. 9.º — O C.F.A.S., com séde no Distrito Federal, terá as seguintes atribuições:

I — orientar, disciplinar e fiscaliar o exercício da profissão de assistente-social;

II — conhecer das dúvidas suscitadas pelos .... C.R.A.S. e dirimí-las;

III — examinar e aprovar os regimentos internos dos C.R.A.S., assegurando sua uniformidade na medida em que desta depender a necessária unidade de ação;

IV — elaborar e aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes-Sociais

V — funcionar como tribunal superior de Ética Profissional;

VI — julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos C.R.A.S.;

VII — estabelecer os sistema de registro dos profissionais habilitados de acordo com o art. 2.º da Lei n.º 3.252, de 27-8-57;

VIII — servir de órgão técnico-consultivo do Govêrno, em materia de Serviço Social;

IX — organizar o seu regimento interno, dentro de 120 dias, após a sua instalação.

Art. 10.º — O Conselho Federal de Assistentes Sociais será mantido:

I — por 20% das contribuições, taxas e emolumentos arrecadados pelos C.R.A.S.;

II — por subvenções do Govêrno;

III — por doações e legados;

IV — por outras rendas.

Art. 11.º — Os C.R.A.S. serão constituidos de nove membros e nove suplementes, Presidente, Vice-Presidente, dois Secretarios, dois Tesoureiros, três membros do Conselho Fiscal, todos os assistentes-sociais habilitados de acôrdo com o item I do art. 4.º deste Regulamento, devidamente inscritos nos C.R.A.S. procedendo-se a escôlha por eleição direta.

§ 1.º — A escolha dos Membros de cada C.R.A.S. será feita por eleição direta dos Assistentes Sociais inscritos na região e em pleno goso de seus direitos.

§ 2.º — Aplica-se ao C.R.A.S. o disposto nos §§ 2.º e 3.º e 4.º do art. 8.º, do presente Regulamento.

Art. 12.º — São atribuições dos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais:

I — organizar e manter o registro profissional dos assistentes-sociais;

II — expedir os títulos dos Agentes Sociais, referidos nos itens III do art. 4.º deste Regulamento, observado o § 2.º do mesmo artigo;

III — fixar as anuidades que devem ser pagas pelos Assistentes Sociais;

IV — expedir Carteiras Profissionais de Assistentes Sociais, fixando a respectiva taxa;

V — fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de Assistente Social na respectiva região;

VI — zelar pela observância do Código de Ética Profissional aprovado pelo C.F.A.S., funcionando como tribunais regionais de Ética Profissional, segundo normas expedidas por aquêle Conselho;

VII — impor as sanções prescritas no Código de Ética Profissional;

VIII — elaborar o respectivo regimento interno e submete-lo à aprovação do C.F.A.S., dentro de 120 dias da data de sua instalação.

Art. 13.º — Os Conselhos Regionais de Assistentes Sociais serão mantidos:

I — pela receita das unidades pagas pelos assistentes sociais;

II — pelas taxas de registro de profissionais;

III — pela receita de expedição de carteiras profissionais;

IV — por subvenções governamentais;

V — por doações e legados;

VI — por outras rendas.

Art. 14.º — As Carteiras Profissionais emitidas pelos C.R.A.S. conterão:

I — nome por extenso do profissional;

II — filiação;

III — nacionalidade e naturalidade;

IV — data do nascimento;

V — estado civil;

VI — nome da Escola de Serviço Social em que se diplomou;

VII — data da expedição do diploma ou do titulo previsto no art. 4.º dos itens II e III deste Regulamento;

VIII — número do registro do diploma no órgão competente;

IX — número do registro no C.R.A.S. respectivo;

X — fotografia de frente autenticada;

XI — impressão dactiloscopica;

XII — assinatura do Presidente do C.R.A.S. e do portador.

§ 1.º — A expedição da Carteira Profissional está sujeita ao pagamento de taxa a ser arbitrada pelo CRAS, de acôrdo com o art. 12 item IV, do presente Regulamento.

§ 2.º — A Carteira Profissional servirá de prova para o exercício da profissão, de carteira de identidade e terá fé pública.

Art. 15.º — Os infratores do presente Regulamento estão sujeitos às sanções estabelecidas pelos Regimentos dos Conselhos Regionais, além das penalidades previstas em lei.

Art. 16.º — Os estudantes do curso de Serviço Social terão preferência para a prestação de tarefas auxiliares do Serviço Social, sob supervisão direta de Assistentes Sociais devidamente habilitados.

Disposições Gerais e Transitorias

Art. 17.º — Nenhum órgão ou estabelecimento público, autárquico, paraestatal, de economia mista ou particular poderá ter a denominação de Serviço Social, se na execução de seu trabalho, não observar os principios do Serviço Social e não empregar Assistentes Sociais no desempenho do mesmo.

Art. 18.º — Aos admitidos para o Serviço Social, a título precário, segundo o disposto no parágrafo único do art 4.º da Lei 3.252, de 27-8-57, bem como aos titulares de outros cargos, que tenham exercido antes de 12 de Julho de 1960, pelo menos nos dois últimos anos, atribuições de competência especifica de Assistente Social, nos diversos órgãos públicos federais, paraestatais, autárquicos, e de economia mista, é assegurado o enquadramento direto como Assistente Social, a partir daquela data, nos respectivos Quadros de Pessoal, mediante a prova daquela condição e apresentação do diploma devidamente registrado, nos termos da Lei 1.889 de 13-6-53.

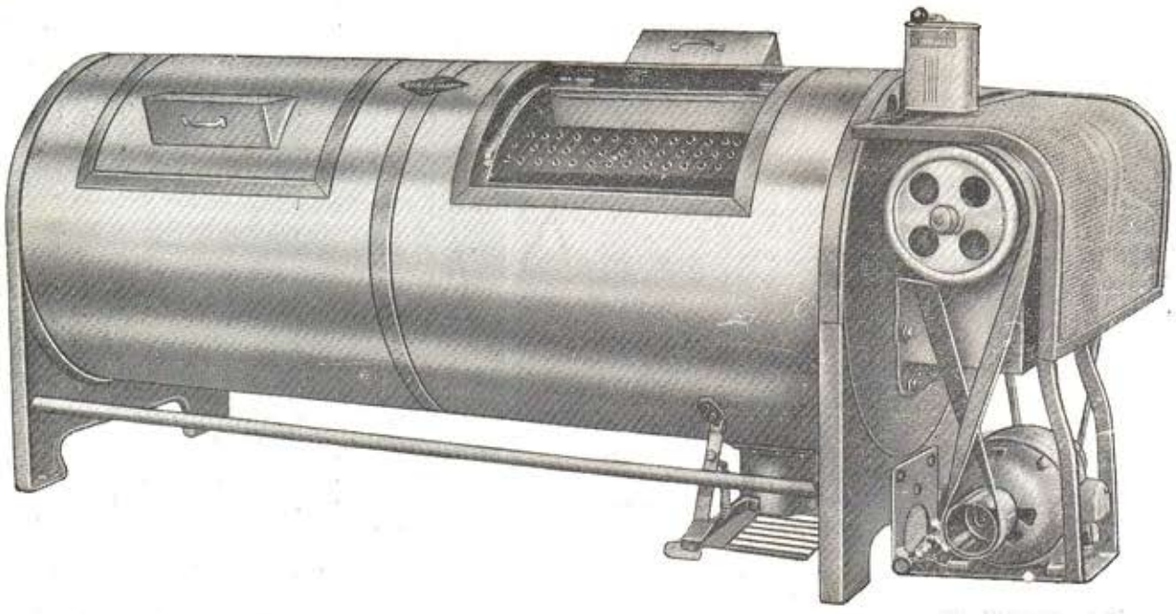
Art. 19.º — Enquanto não for aprovado o Código de Ética Profissional a que se refere o art. 9.º, item IV, deste Regulamento, será aplicado o Código de Ética Profissional aprovado pela ABAS, publicado na Revista de Serviço Social n.º 48 — ano VII — editada em São Paulo.

Art. 20.º — A primeira Diretoria do C.F.A.S. será constituida de nove Membros e nove suplentes, todos Assistentes Sociais, habilitados de acôrdo com o item I do art. 4.º deste Regulamento, eleitos por representantes credenciados pelas Associações específicas de Serviço Social já existentes no território nacional e em funcionamento há mais de dois anos, ininterruptamente, de conformidade com as instruções que forem expedidas pelo Ministro do Trabalho e Previdencia Social, dentro de 30 dias contados da vigencia deste Regulamento.

Art. 21.º — Competirá à primeira diretoria do C.F.A.S. tomar as providencias necessárias, dentro do prazo de 180 dias, para as eleições das diretorias dos C.R.A.S..

Art. 22.º — Enquanto não for efetivada a transferência da maioria dos órgãos da Administração Pública para o Distrito Federal, o C.F.A.S. poderá ter sua séde no Estado da Guanabara.

Ass. Franco Montoro
Ministro do Trabalho e da Previdencia Social.



FABRICANTES ESPECIALIZADOS EM LAVANDARIAS HOSPITALARES

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

Castanho & Filhos S/A
COMERCIO E INDÚSTRIA

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

REPRESENTANTES

RIO DE JANEIRO — Alfredo Rodrigues Ferraz - Rua México, 119 - Gr. 1809 - Fone: 42-5529
BELO HORIZONTE — Emilio Gaissler & Cia. Ltda. - Rua Tupis, 449 - Caixa Postal, 195 - Fone: 2-3049
PÔRTO ALEGRE — João F. de Freitas - Av. Bento Gonçalves, 1428 - Apto. 13
BLUMENAU — Emil A. E. Kammer - Rua 15 de Novembro, 1360 (fundos) - Fone: 1686
CURITIBA — Com. Representações Cunha Ltda. - Rua Monsenhor Celso, 211 - Cj. 602 - Fone: 4-8443
VITÓRIA — Conrado de Oliveira Neves - Rua Saturnino de Brito, 829
SALVADOR — Gastão Sampaio - Rua Miguel Calmon, 37 - 8.º andar - s/81 - Fone: 1704
RECIFE — BADE - Instalações e Comércio Ltda. - Rua Velha, 352 - Fone: 3122
FORTALEZA — Lima & Albuquerque - Rua Barão de Rio Branco, 910 e 914 - Fone: 1-3430 - Caixa Postal, 24
BELÉM — Mirando & Cia. - Travessa Campos Salles, 205 - Fone: 4827 - Caixa Postal, 264

FUNÇÃO DAS MISERICORDIAS NA NOVA CONJUTURA ASSISTENCIAL DE SÃO PAULO

Instalação do II Congresso das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Brasil, com a participação dos Snrs.: Ricardo Pinto de Oliveira, José Gomes, Cristiano Altenfelder Silva, Constanteen Helal, Flôres Soares, Edmir Boturão, Luiz Gonzaga Bevilacqua e José Maria Alkmin.

RELATOR

LUIZ DE GONZAGA BEVILACQUA
presidente

NILO MATOS
secretário

I — A PROBLEMÁTICA

A maior responsabilidade pela assistência hospitalar em nosso País cabe às organizações privadas.

Dentre as organizações privadas, destacam-se as Santas Casas com cêrca de 82% (oitenta e dois por cento) dos leitos e berços. Desde a sua fundação até hoje, apesar da evolução dos conceitos sôbre assistência, seguridade social, previdência, etc. continuam as Misericórdias a cumprir seus nobres e elevados designios, aumentando e aperfeiçoando anualmente os seus serviços assistenciais. No ano passado, inauguraram-se 10 (dez) novos hospitais de Santas Casas. A verdade, que precisa ser proclamada insistentemente, é que, apesar do nosso extraordinário progresso industrial, do desenvolvimentismo, da sempre apregoada excelência da nossa legislação social, trabalhista e previdenciária (a mais avançada do mundo, segundo os entendidos), no setor da assistência hospitalar o que existe, e funciona, e aumenta, acompanhando nosso crescimento demográfico, são os hospitais mantidos pelas Misericórdias e até pouco tempo, nenhuma lei amparava e garantia a assistência ao homem doente; as Santas Casas atendiam-nos por caridade. As leis cuidavam, isto sim, de assegurar e propiciar meios para que elas tivessem largos recursos para o atendimento de suas finalidades estatutárias. As leis alfandegárias, por exemplo, previam taxas e contribuições vultosas, destinadas aos hospitais de caridade. Muitas outras fontes de receita pública e particular socorriam os hospitais filantrópicos e, por isso, os mais antigos eram ricos e prósperos. A medicina era barata e o equipamento de um hospital reduzidíssimo. Hoje o panorama é diferente. O homem doente está legalmente amparado.

Nada mais perfeito do que o Código Nacional de Saúde (Lei 2.312 de 3-9-1954). Em seu artigo 1.º declara ""E' DEVER DO ESTADO, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo"".

Trabalho apresentado pela Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo ao II Congresso das Santas Casas de Misericórdia, realizado na Santa Casa de Misericórdia de Santos — 1963.

A Constituição Paulista é categórica, em seu artigo 135. "A Lei assegurará gratuitamente aos seus trabalhadores agrícolas assistência técnica, educacional, médica, odontológica, farmacêutica e hospitalar".

A legislação da Previdência Social amparou parcela apreciável da população. Mas, por outro lado, desapareceram as leis alfandegárias e outras destinadas à manutenção dos hospitais filantrópicos. Restou ùnicamente o Fundo de Assistência Hospitalar, considerado por muitos, como um favor do Estado e não uma obrigação, tanto assim que, em exercícios sucessivos, constou do plano de contenção de despesas públicas. Houve um govêrno que chegou ao cúmulo de incluir tôda a sua dotação ao Plano de Economia.

Os legados, donativos e contribuições privadas reduziram-se. A indústria e o comércio desobrigaram-se dêsses deveres, sob a alegação, aliás justa, de que já contribuíram para a Previdência Social, diretamente, com um têrço dos seus encargos e indiretamente de variados modos. (Taxa de Previdência, Impôsto sôbre a Renda, etc.).

A situação pode ser assim resumida:

No passado

Participação financeira substancial do Poder Público, do Comércio e da Indústria, no financiamento de assistência médico-hospitalar.

Assistência médica e hospitalar ao homem doente sob exclusiva responsabilidade das organizações filantrópicas.

As irmandades eram ricas, a ponto de conseguirem constituir reservas patrimoniais elevadíssimas.

Inexistência de leis, de códigos e legislação social, reconhecendo ao homem doente assistência médico-hospitalar por conta do Estado.

Hospitais de manutenção barata, porque não só a medicina era barata, como também os hospitais mais se assemelhavam a depósitos de doentes.

Nenhum equipamento dispendioso (Raios X, Electroencefalógrafos, etc...).

No presente

Participação financeira do Estado;
do Govêrno Federal, reduzida;
do Govêrno Estadual, razoável;
do Govêrno Municipal, quase nula.
Iniciativa privada, maior do que a do govêrno federal, mas muito inferior à prestada no passado.
Desaparecimento dos legados.
Baixa rentabilidade patrimonial, em virtude das leis do inquilinato e falta de financiamento para investimentos.
Código de Saúde, leis sociais e de previdência assegurando assistência completa aos trabalhadores e últimamente ao homem da zona rural. Distorção dos objetivos dos Institutos de Previdência pela criação indiscriminada de serviços médicos.
Hospitais e medicina moderna caríssimos, com a exigência de equipamento delicado e pessoal especializado.
Inflação, com reflexos acentuados nos medicamentos e instrumental, quase todo importado.

Na sumula, tivemos o cuidado de assinalar que o panorama de hoje é teórico, porque, se na parte referente aos recursos espelha uma situação de fato, na aplicação das leis, em especial as da Previdência Social, a realidade é bem outra.
Cabe aqui reproduzir trabalhos já apresentados e discutidos em congressos anteriores, um pouco resumidos e atualizados.

a) Na esfera do Estado de São Paulo:
No que se refere à obrigatoriedade constitucional de assistência médica, hospitalar e farmacêutica ao trabalhador agrícola, nenhuma providência foi tomada pelo Govêrno do Estado a não ser a sanção da Lei 1983, em 19 de dezembro de 1952, que dispõe sôbre a criação do Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural, na Secretaria da Saúde Pública, órgão destinado a cuidar da assistência médico-hospitalar ao trabalhador do campo, mediante convênio com os municípios e entidades privadas. Até hoje não foi siquer instalado e suas atribuições continuam sendo gratuitamente executadas pelas Santas Casas e seus médicos.
b) Na esfera federal:

O Código Nacional de Saúde é romântico. Dogmatisa que é "dever do Estado proteger a saúde do indivíduo". Foi sancionado em 1961. Nenhuma medida prática foi tomada para cumprir fielmente aquela disposição. A Lei Orgânica da Assistência Hospitalar, que ofereceria os recursos para atendimento daquele desiderato, dormiu sete anos no Ministério da Saúde e, ainda agora, encontra sérias resistências para sua final aprovação.

A Previdência Social merece um capitulo à parte. Alguns dados devem ser apresentados para melhor situar o problema. O número de associados dos institutos, em 1961, era de:

Ativos	4.594.231
Aposentados	521.902
Pensionistas	692.715
Soma	5.808.848
Dependentes (1,8)	10.455.926
TOTAL	16.364.774

Nossa população está sendo estimada em 73.000.000.000 de habitantes. Verifica-se, portanto, que sòmente 22,25% desta é amparada pela Previdência Social.

Todos contribuímos para que uma minoria receba, bem ou mal, benefícios e goze privilégios que não são concedidos a 77,75% dos brasileiros. Entre os próprios contribuintes existem privilégios. Todos sabem que só agora os órgãos superiores da Previdência começam a se preocupar com a extensão dos serviços médicos ao Interior. A propósito, vale salientar que o último recenceamento demonstrou que 18% do nosso povo vive nas Capitais, e ainda dados oficiais nos informam que os institutos têm 90% dos seus leitos próprios, nas mesmas Capitais. Daí surgir curiosa situação:

Local	População	%	Leitos da Previdência	%
CAPITAIS	13.000.000	18	6.703	90
INTERIOR	60.000.000	82	739	10

No Interior existem alguns ambulatórios e serviços hospitalares contratados. E aí aparece o aspecto mais grave da questão. Utilizam-se os providenciários, no Interior, como em certos casos até nas Capitais, dos hospitais das Santas Casas enquanto o Instituto não faz contratos na cidade. Quando se dispõe a fazê-los, surgem os hospitais particulares. Enquanto não pagam, servem-se da Santa Casa; quando passam a retribuir os serviços prestados, contratam-nos com particulares e, muitas vêzes, com organizações pertencentes a grupos de médicos funcionários dos próprios institutos.

De nada valeu o Decreto 1.119 de 1.º de Junho de 1962 que, em seu artigo 1.º, determina: "Nas localidades onde os Institutos de Previdência não possuirem serviços de assistência médica, hospitalar, para-hospitalar, complementar, odontológica e farmacêutica, próprios a prestação local dessa assistência será preferencialmente adjudicada, nos têrmos do inciso VI, do Decreto n.º 49.959, de 19 de Setembro de 1960, aos hospitais e organizações mantidas pelas Santas Casas de Misericórdias.

Inquéritos, realizados em número suficiente de hospitais de Santas Casas, demonstraram que seus doentes gratuitos podiam se classificar-se em três grandes grupos, com referência à condição social:

a) contribuintes e dependentes da Previdência Social;
b) trabalhadores da zona agrícola e seus familiares;
c) artesãos, domésticas, desajustados e indigentes.
A pesquisa ofereceu os seguintes resultados, em hospitais filantrópicos, divididos de acôrdo com as respectivas zonas geo-econômicas:

1 — Cidades situadas em zonas agrícolas;
2 — Cidades situadas em zonas industriais e nas Capitais.
O resultado foi o seguinte:

Condição social do doente	Zona Agrícola %	Zona Industrial %
a) Contribuintes e dependentes de contribuintes da Previdência	15%	50%
b) trabalhadores agrícolas ..	70%	20%
c) artesãos, domésticas, desajustados e indigentes ...	15%	30%
Total	100%	100%

A amostra salienta que, tanto na zona agrícola como na industrial, os hospitais filantrópicos servem a doentes que não deviam ser atendidos gratuitamente, porque estão amparados pelos Institutos e pelo Estado. O ônus que lhes deveria caber, por tradição, por imperativo estatuário e dos "compromissos" às Santas Casas, é da ordem de 15 a 30% do que elas estão assumindo no momento.

Surge agora a Lei 4.214, datada de 2 de março de 1963, o Estatuto do Trabalhador Rural. O que era filantropia e caridade passou a ser um direito, que todos os trabalhadores agrícolas exigirão seja imediatamente satisfeito. Os médicos, com justíssimas razões, já não se acham mais obrigados a atendê-los como doentes gratuitos. Existe uma lei para ser cumprida. E os Hospitais das Santas Casas? Como proceder? Diz o artigo 164 do citado diploma legal: "O I.A.P.I. prestará aos segurados rurais ou dependentes rurais, entre outros, os seguintes serviços:
a) assistência à maternidade;
b) assistência médica".

Em 1961, aquêle Instituto tinha os seguintes associados:

1 — Ativos	1.570.481
2 — Aposentados	262.855
3 — Pensionistas	274.301
Soma	2.107.637
4 — Dependentes (1,8)	3.793.746
TOTAL	5.901.383

Publicações oficiais referentes à distribuição da população do Brasil, de 10 e mais anos, segundo o ramo de atividade, estimou que homens e mulheres dedicados à agricultura, pecuária e silvicultura atingiam a casa dos 10 milhões. Aplicando ao trabalhador rural a mesma taxa de "dependente-por-contribuinte", admitida para o segurado da previdência, isto é, 1,8 por associado, teremos mais de 18 milhões de beneficiários. O Estatuto do Trabalhador Rural deverá atender, portanto, a 28 milhões de patrícios que, somados aos segurados do próprio instituto, dará ao I.A.P.I. uma responsabilidade de atendimento de 34 milhões de brasileiros, ou sejam 46% da nossa população.

Salta aos olhos dos mais cegos que a lei não vai ser cumprida. O trabalhador rural vai ficar em situação pior do que antes do seu próprio Estatuto, no que tange à assistência médico-hospitalar. Nenhum instituto está em condições de sòzinho assumir os elevados encargos que a nova situação acarreta.

II — A SOLUÇÃO

A solução que vislumbramos será aproveitar o que existe: engajar a rêde de hospitais das Santas Casas no sistema previdenciário. A experiência seria feita num setor completamente novo, ainda não viciado, o da assistência ao trabalhador rural, em coordenação com as entidades públicas.

A iniciativa privada funcionaria em paralelo com as entidades públicas e paraestatais. Todos os diretamente interessados seriam convocados para o planejamento e para a execução do trabalho. Santas Casas, associações médicas, associações rurais, órgãos de cúpula da Previdência Social, etc... Aproveitariam os hospitais filantrópicos que, com a redução dos seus leitos gratuitos e com o aumento dos leitos pagos, melhorariam suas condições de funcionamento e, portanto, lucrariam também os trabalhadores rurais que poderiam gozar dos benefícios da Lei imediatamente.

Para tanto faz-se mister:

1.º) que as associações médicas, as Santas Casas, as sociedades rurais se congreguem em um organismo de cúpula, capaz de assumir a responsabilidade da coordenação dos serviços médicos e hospitalares ao trabalhador rural;

2.º) que êste organismo tenha acesso aos Conselhos Superiores da Previdência dos Ministérios do Trabalho e da Saúde;

3.º) que a Lei Orgânica da Assistência Hospitalar tenha rápida tramitação na Câmara, propiciando recursos razoáveis ao Fundo Nacional de Assistência Hospitalar, garantindo a estabilidade financeira os hospitais das Santas Casas.

A implantação do sistema poderia ser feita por Estados ou regiões, e pelo regime de seguro-doença, em que muitos participariam das taxas, inclusive o próprio segurado, como é óbvio.
Um estudo atuarial deverá fixar a taxa de contribuição de cada um, como por exemplo:

1) Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural	50%
2) Fundo Nacional de Assistência Hospitalar - M. de Saúde	25%
3) Contribuição do Estado (no caso específico de São Paulo, o Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural	10%
4) Govêrno Municipal	10%
5) Empregador ou Empregado	5%
TOTAL	100%

A prestação dos serviços, em regime de livre escolha, obedeceria ao seguinte critério de pagamento:

1) Por leito-dia, em atendimento global (inclusive despesas de hospitalização, salários médicos, medicamentos, etc.) nos casos de internação cirúrgica, clínica e de maternidade.
2) Por consulta ambulatorial.

III — A CONTRA-PROVA

Não existem dados seguros sôbre o volume e o custo dos serviços médico-hospitalar e de maternidade. Mas, se aceitarmos a experiência de outras nações e recorrermos aos trabalhos de "Association Internationale de la Securité Sociale", sediada em Genebra, e de outras instituições internacionais, podemos ter, se bem que muito falha, em números aproximados, uma idéia do valor e da extensão da assistência médico-hospitalar ao trabalhador rural. Para tanto estabelecemos os seguintes pontos de partida, em têrmos médios, extraídos de trabalhos já publicados e pesquisas realizadas pela Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo, diretamente nos Hospitais e instituições filiadas:

HOSPITALIZAÇÃO

Média de dias de hospitalização por doente	9 dias
Por mil segurados	109,5
Intervenções cirúrgicas por mil segurados	48,3

MATERNIDADE

Média de dias de permanência por doente hospitalizado	3,2 dias
Média de partos por mil beneficiários	126,2

Êsses elementos oferecem os seguintes resultados para 28 milhões de beneficiários, isto é, segurados ativos, aposentados, pensionistas e dependentes:

HOSPITALIZAÇÕES

(109,5 por 1.000)	3.066.000
das quais, (48,3 por 1.000 intervenções cirúrgicas)	1.352.400
e (61,2 por 1.000 segurados de Clínica médica)	1.713.600

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

(9,0 por internação)	27.594.000 leitos-dia
sendo:	
Cirurgia	12.171.600 leitos-dia
Clínica médica	15.422.400 leitos-dia

MATERNIDADE

(Para 10.000.000 de segurados ativos)
(126,2 partos por 1.000 segurados)

Número de partos	1.262.000 e
Dias de internação (1.262.000 vezes 3,2)	4.038.400

ou resumindo:

Discriminação	Número	Leitos-dia
Hospitalização cirúrgica	1.352.400	12.171.600
Hospitalização clínica médica	1.713.600	15.422.400
Maternidade	1.262.000	4.038.400
TOTAIS	4.328.000	31.632.400

Estudos procedidos em hospitais mantidos por Santas Casas, em São Paulo, nos dois últimos anos, ofereceram os seguintes custos médios, para:

a) **LEITO-DIA**

Clínica médica, inclusive honorários médicos	12 U.S.M.
Clínica cirúrgica, exclusive honorários médicos	10 U.S.M.

b) **INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS**

(Média de 1.000 intervenções cirúrgicas pelas tabelas do D.N.P.S.)	140 U.S.M.

c) **MATERNIDADE**

Médias tomadas, considerando salários médicos, hospitalizações, atendimento pré-natal e partos anormais	122 U.S.M.

Os elementos apresentados possibilitam a apresentação do seguinte quadro:

Discriminação	Unidades	USM	Custo em USM	Custo em Cr$
1) **Clínica Cirúrgica**				
Hospitalização	12.171.600	10	121.716.000	20.083.140.000,00
2) Honorários médicos	1.352.400	140	189.336.000	31.240.440.000,00
3) **Clínica Médica**				
Hospitalização e honorários médicos	15.422.400	12	185.068.800	30.536.352.000,00
4) **Maternidade**				
Hospitalização e honorários médicos	1.262.000	122	152.964.000	25.404.060.000,00
Totais			650.084.800	107.263.992.000,00

a) Número total de segurados ..... 28 milhões
b) Custo médio por beneficiário ..... 3.830,00 por ano
c) Custo médio por beneficiário no I.A.P.C. e I.A.P.I., no exercício de 1961 (ùnicamente serviços médicos) 1.350,00

Nota: No ítem 1 a unidade é leito-dia; no ítem 2 a unidade é número de intervenções cirúrgicas; no ítem 3 a unidade é leito-dia; no ítem 4, a unidade é número de partos.

Uma S.S.M. (unidade de Salário Mínimo) é igual a 165,00, dados os salários vigentes na data da apresentação dêste trabalho, isto é, Novembro de 1963.

Se utilizarmos o critério de rateio das despesas com a assistência médica ao trabalhador rural, preconizado no presente trabalho, teremos as seguintes parcelas, distribuídas pelas dotações previstas, como segue:

1) Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural	50% —	53.631.996.000,00
2) Fundo Nacional da Assistência Hospitalar prevista na Lei Orgânica	25% —	26.815.998.000,00
3) Contribuições dos Estados, através dos Conselheiros de Assistência Hospitalar. (No caso de São Paulo, seria necessário cumprir a lei 1.983, que criou o Conselho Estadual de Assistência ao Trabalhador Rural	10% —	10.726.399.200,00
4) Governos municipais	10% —	10.726.399.200,00
5) Empregados e empregadores	5% —	5.363.199.600,00
TOTAL		107.263.992.000,00

O encargo direto dos empregados e empregadores por segurado-ano seria da ordem de 2.000,00 por ano ou cento e sessenta mil cruzeiros por beneficiário mensalmente.

CONCLUINDO, propomos:

a) que se faça sentir ao Sr. Presidente da República, Ministros da Saúde e do Trabalho, Presidente da Câmara e do Senado e seus líderes, a imperiosa necessidade da rápida tramitação da LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, única medida capaz de evitar o colapso da assistência médico-hospitalar em nosso País, propiciando, por outro, lado, os meios de socorrer o trabalhador da zona rural imediatamente;

b) que se constitua uma comissão, da qual façam parte representantes da classe médica, das Santas Casas, das sociedades rurais, para estudar as medidas preconizadas no presente trabalho, levando suas conclusões ao Presidente da República e às autoridades mencionadas no ítem anterior;

c) que se programe uma campanha intensiva de esclarecimento da opinião pública em tôrno dos problemas ventilados no presente trabalho.

NOTA: — No seu Trabalho dos Impostos, Viveiros de Castro, comentando a Nova Consolidação das Leis da Alfândega, que vigorou até muitos anos depois de proclamada a República, salienta:

"Na cidade do Rio de Janeiro a contribuição que se deve arrecadar para a Santa Casa de Misericórdia, de cada vez que as embarcações nacionais e estrangeiras saírem, é a seguinte:

De cada pessoa de equipagem das embarcações que navegarem barra a fora, para os portos do Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro	$	200
Idem, idem para as embarcações que naveguem para outros portos da República	$	640
De cada galera ou barco, por casco	$	6$000
De cada brigue, brigue-barco, beragantin, patache, hiate ou palhote	$	4$000
De cada sumaca	$	2$560
De cada lancha	$	1$280

A presente disposição é extensiva a tôdas as cidades da República onde houver Alfândegas, e o impôsto será integralmente aplicado em favor dos hospitais das Santas Casas de Misericórdia dessas cidades, se expressamente se sujeitarem aos mesmos ônus da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, relativos ao tratamento dos tripulantes.

Arrecadar-se-á, na Alfândega do Rio de Janeiro, em benefício do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia e dos Lázaros, uma contribuição na razão de 5 reis por quilograma de vinho e demais bebidas alcoólicas e fermentadas, que forem despachadas para consumo, para ser aplicada ao curativo da equipagem enferma dos navios mercantes.

Essa contribuição será cobrada nos outros portos marítimos da República na razão de 1$000 em pipa e cinco reis por dúzia de garrafas de bebidas alcoólicas e fermentadas, e o seu produto entregue às Casas de Caridade do lugar, para ter a mesma aplicação (Consolidação das Leis das Alfândegas, arts. 607 a 611).

SAÚDE: DIREITO DE TODOS

IRANY NOVAH MORAES
Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

NICOLINO BARBÉRIO
Diretor de Administração do Hospital das Clínicas
Diretor da AMESP — Assistência Médica de São Paulo
Secretário do Instituto de Pesquisas Hospitalares

A doença e a dor têm sido, através dos séculos, companheiras inseparáveis do homem. Por êsse motivo, a saúde é considerada como o supremo bem da vida.

São atribuídos a deuses os ensinamentos originais sôbre as artes de curar e os cultores das ciências da saúde ocuparam sempre, entre todos os povos, lugar de honra.

A preocupação com a saúde coletiva, porém, é assunto de ontem e, no momento em que a vida média humana aumentou, descobriu-se que, se maior atenção fôr dada aos problemas sanitários, grandes benefícios redundam a favor da coletividade.

Apesar da existência de algumas medidas pioneiras, — sem repercussões maiores, a idéia de que o Estado devesse prestar assistência a todos os componentes da coletividade, deve ser atribuída a GUILHERME I, tendo sido concretizada por BISMARK, seu primeiro ministro, criador das "caixas" contra enfermidades, acidentes e velhice.

O significado social dêsse fato foi tal que ultrapassou as próprias finalidades dos propósitos originais, criando condições para iniciativas análogas, embora distintas nas metas e estruturação.

Após o surto industrial ocorrido no fim do século XIX, verificou-se que a doença representava anulação ou diminuição da produtividade na indústria. Do ponto de vista individual, também sempre significava baixa na renda, paradoxalmente em paralelo com a exigência de maior necessidade financeira, decorrente do aumento de gasto, impôsto pelo tratamento da referida moléstia

Durante centenas de anos essa situação caracterizava a doença como uma desgraça financeira imprevisível — verdadeira espada de Dâmocles pendente sôbre as cabeças das pessoas responsáveis pela economia familiar ou, mesmo, pela própria subsistência.

A idéia de BISMARK parece ter sido a chave para a descoberta da possibilidade de atenuar a catástrofe pela previsão.

A evolução dessas idéias e a concretização dos fatos foram, entretanto, lentas no tomarem forma.

Embora LASALLE em 1863 tivesse pensado no atendimento individual através de meios coletivos obtidos por previsão, só em 1919 afinal, se firmou a noção de Seguro Social, após a assinatura do Tratado de Versalhes.

O "seguro" procura reduzir ou eliminar os danos de um risco mensurável em têrmos econômico-financeiros. Ora, como a doença redunda em perda de produtividade e representa diminuição no ganho, o seguro-doença pareceu lógico e perfeitamente aceitável. Curiosamente, entretanto, essa noção não conseguiu empolgar as coletividades, principalmente os indivíduos que tinham pequena renda. Provàvelmente devido ao raciocínio imediatista de que o reembôlso da renda perdida, em caso de doença, seria de qualquer modo insuficiente para cobrir os gastos, enquanto que o pagamento das cotas do seguro representava, imediatamente, diminuição da renda "atual", já baixa.

No século passado e nas duas ou três primeiras décadas dêste século, o seguro só interessou aos patrões que, assegurando seus empregados, garantiam-nos contra prejuízos resultantes de sua imobilização forçada, decorrente da doença.

O indivíduo e seus dependentes continuavam, porém, alheios às medidas de previdência.

No plano internacional, de nossos dias, as preocupações com a saúde são de tal monta que em 1962 a OMS (Organização Mundial de Saúde) dedicou, a seu programa de pesquisa médica, o crédito de um milhão de dólares e o govêrno dos Estados Unidos fêz contribuição equivalente.

Por êsses dados numéricos podemos bem sentir a atenção que é dedicada à saúde.

Em alguns países, em que êsses problemas foram tratados com carinho, criaram-se sistemas para amparar diretamente o cidadão. Assim em 1929, KIMBALL verificava que, nos Estados Unidos, os gastos hospitalares não estavam ao alcance das bôlsas de professôres (classe média). Foi então que idealizou um sistema de "pré-pagamento" das despesas eventuais com doença. Diferia êsse processo do "seguro" comum, pois, em lugar de oferecer indenização em moeda, para ressarcir dos prejuízos decorrentes da enfermidade, oferecia cuidados para a cura da enfermidade. Assim se criou a "Blue Cross" americana, em 20-12-1929.

O sistema era simples: o indivíduo filiado à "Blue Cross" pagava uma taxa correspondente à sua renda mensal garantindo 21 dias de hospitalização. Caso pagasse 344 dias sem auferir benefícios, os restantes dias eram pagos com desconto.

O êxito do plano foi tão grande que, também, comerciantes começaram a se inscrever na "Blue Cross" sob cuja égide se formou a Associação dos Hospitais Grupados.

Durante a crise de 1930, os benefícios prestados pelo plano à coletividade foram imensos e, em 1933, a Associação Americana de Hospitais aceitou o sistema.

Dez anos mais tarde, isto é, em 1939, outra iniciativa do mesmo gênero teve lugar nos Estados Unidos: a "Blue Shield", organização criada pela Associação Médica da Califórnia, que, oferecendo serviços médicos-cirúrgicos, completava a assistência total, pois a primeira só dava assistência hospitalar.

Posteriormente, "Blue Cross" e "Blue Shield" se aproximaram e hoje têm direção comum. Em 1962, cêrca de ¾ da população americana estava filiada às organizações, com indiscutíveis vantagens para a economia individual.

Não só nos Estados Unidos tal sistema teve êxito. Na Inglaterra, em 1944, teve início a resolução dêsse problema como iniciativa Estatal. CHURCHILL criou, em 1949-1950, o "National Health Service" no qual foram empregados 500 milhões de libras esterlinas e 95% da população se inscreveu. Todos os serviços médicos da Grã-Bretanha tinham sido nacionalizados em 1946. Em 1950 tinham passado para o "Seguro" 3.426 hospitais, só restando "livres" 147.

Em 1960 uma avaliação dos resultados do sistema, decepcionou a expectativa pessimista de homens que tinham profetizado resultados negativos. De fato: nesses dez anos, o custo sofreu insignificante aumento; o equipamento hospitalar foi muito melhorado e modernizado; o nível profissional médico se manteve à altura ou ainda se elevou mais.

No Brasil, a situação é bastante curiosa. Instalados há cêrca de trinta anos, os "Institutos de Previdência" não conseguiram ainda atingir suas finalidades; muitos contribuintes estão ao desamparo e a insegurança está se arraigando no espírito popular. E' fato sabido que, mesmo no sul, onde os Institutos estão em melhores condições de servir, o contribuinte, no momento em que necessita de atendimento, sente graves deficiências que se prestam a criar clima de insatisfação, propício a gerar inquietação e angústias. Nessas circunstâncias, não faltam elementos que, interessados na subversão da ordem vigente, atiçam os descontentes. Sendo muito baixa a renda média individual no país, o problema toma proporções de suma gravidade. A rigor, nem 50% da população está em condições de arcar com os ônus da moléstia: médico e exames subsidiários (diagnóstico); medicamentos, cirurgia e hospitalização (terapêutica). A verdade dessa afirmativa se torna patente na constante grita contra o preço dos medicamentos, aliás, campo predileto para o exercício da demagogia fácil. Considerando-se que, na moléstia, o medicamento representa a menor parcela do gasto global do tratamento, verificaremos que o povo nem cogita de clamar pelas demais porque ultrapassam de muito os limites de sua capacidade aquisitiva. O clamor contra o preço dos remédios traduz a tendência à auto-medicação ou por uma curandeiragem, onde médico e hospital não têm lugar.

Essa situação, todavia, não pode persistir numa nação civilizada. Nós temos o direito de ser assistidos em nossas enfermidades. O povo tem o direito de ter saúde.

Alguns dirigentes, responsáveis por grupos sociais maiores ou menores, sentiram claramente o desafio da conjuntura. A iniciativa particular vem tentando cobrir as lacunas deixadas pelo empreendimento estatal!

O surto industrial do país, verificado principalmente a partir de 1956, com a instalação de indústria automobilística e subsidiárias, da siderurgia e de desenvolvimento no setor de energia elétrica, precipitou os acontecimentos no setor da assistência social. Partindo do princípio de que não era possível contar com a iniciativa estatal, e precisando resolver o problema de qualquer forma, até mesmo por motivos políticos, a iniciativa particular saiu a campo para agir. Baseada na experiência americana, velha de mais de 30 anos, criou organizações médicas para atender aos trabalhadores do Comércio e da Indústria, amparando, na hora certa, o funcionário necessitado. Para tanto, exige taxas ao alcance de qualquer emprêsa e mesmo ao alcance de qualquer bôlsa. Através dêsse sistema, a Medicina procura estender a tôda a coletividade os benefícios de que sòmente ela é capaz.

Foi a forma que encontrou para, nos dias que correm, em nosso país, atingir ao ideal de fraternidade, preservado o espírito de justiça social.

Por ser expontânea e vir de encontro ao anseio coletivo está fadada a ter muito mais sucesso que as formas de socialização compulsória. Representa o desejo do Médico de cooperar para o engrandecimento da nação.

Entretanto, sózinhos, os cultores das "ciências médicas" e os responsáveis pelo setor sanitário, pouco ou nada poderão fazer. E' preciso que a êles se aliem os líderes que, em qualquer atividade, arrastam homens e que, por sua vez, os homens atendam à voz que se faz ouvir. Unidos, poderão caminhar para ver o nascer da alvorada em que todos os brasileiros irão desfrutar do direito de ter saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A SAÚDE DO MUNDO — 1962 — Pesquisas Médicas — Vol. XV (6) : 5 —Repart-Sanit. Pan-Americana. Genebra.

BARBÉRIO, N. — 1964 — Direito de ter saúde — Palestra no Rotary Club de Pinheiros.

EILERS, R.D. — 1963 — Regulation of Blue Cross and Blue Shield Plains R. Dirwing Inc. Illinois.

GALARZA, E. — 1962 — Política Sanitária — pgs. 48 à 55. Lima

PLANEJAMENTO DE **HOSPITAIS**

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

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

Nome .....

Endereço ..... N.º .....

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

A importância de Cr$ 6.000,00 por exemplar encadernado, (Cr$ 5.500,00 para sócio do I.P.H.) e Cr$ 4.000,00 em brochuras, segue por: cheque △, pagável em São Paulo, reembolso postal △, vale postal, □, em nome do IPH — INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES — R. Xavier de Toledo, 210 — 6.º - 36-3889 — SP

PROBLEMAS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NA BAIXADA SANTISTA

J. SADDY NETTO

(Palestra proferida na Associação dos Médicos, no dia 3-8-1963)

O problema da assistência hospitalar na Baixada Santista é gravíssimo, podendo-se afirmar, sem receio de exagêro, que assume proporções de verdadeira calamidade pública.

"Continuar através dos tempos esperando que a Santa Casa de Santos, sózinha, resolva o problema local da assistência hospitalar, seria o mesmo absurdo de pretender que S. Paulo estivesse até hoje dependendo apenas da Santa Casa da Capital do Estado". Estima-se haver em Santos, atualmente, um déficit de cêrca de 400 leitos. Mas Santos e as cidades vizinhas, que se servem do seu hospital, continuam a crescer em rítmo constante. As enfermarias da Santa Casa, das suas modelares unidades de enfermagem, que foram planejadas para acomodar, tècnicamente, quatro pacientes, cada uma abriga hoje 6 a 8 enfermos, dificultando o trabalho médico e o da enfermeira e ameaçando comprometer o alto padrão técnico do hospital. Além disso, existe permanentemente grande número de leitos extras, que não se consegue reduzir.

Para amenizar o problema criado com o grande número de enfermos que precisam internar-se, criou a Santa Casa, em colaboração com a Escola de Enfermagem e com a cooperação da Prefeitura Municipal, que cedeu uma ambulância, um Serviço de Assistência Domiciliar, com o objetivo de tratar, no próprio domicílio, o paciente cuja internação não seja imprescindível.

A atividade dêsse serviço, que atenúa, de certo modo, provisòriamente, a gravíssima situação resultante da falta de leitos, aumenta dia a dia e, através de seus relatórios, podemos verificar o enorme volume de seu trabalho. São os seguintes os números relativos ao trabalho desenvolvido nos primeiros seis mêses de 1963: visitas domiciliares, 259; remoções de doentes adultos para o domicílio e orientação subsequente, 147; remoção de crianças para o domicílio e orientação às mães, 81; curativos a domicílio, 218; aplicação de injeções a domicílio, 155; transporte de doentes para consulta e retorno, 52; educação sanitária a domicílio, 53; educação sanitária nos ambulatórios, 28; palestras educativas, 117; seguimento de prematuros, 68; seguimento de puérperas, 33; vacinações, 826; seguimento de gestantes nos domicílios, 32; atendimento no posto de Saúde Pública, 62; outros cuidados de enfermagem no domicílio, 48; levantamentos em porões, 55.

No que se refere a pacientes particulares, a situação não é menos grave. Quem se dispuzer a passar algumas horas na Secção de Internação de Pacientes Particulares da Santa Casa ficará estarrecido com a gravidade do problema. Recusam-se, a todo o momento, internações de pacientes, atendendo-se apenas, lançando mão, por vezes, de recursos de emergência e de improvisação, àqueles cujo estado reclama tratamento urgente e, mesmo nestes casos, a sua acomodação se faz, não raro, em quartos coletivos, diferentes dos pretendidos pela familia do enfermo, o que cria situações embaraçosas, pois o público, ignorando a seriedade do problema, não se conforma com restrições ao confôrto pretendido. A fila para internação em apartamento, (nos casos de rotina) 1.ª classe, quartos coletivos ou quartos destinados a segurados dos Institutos de Previdência, é enorme, sendo o paciente obrigado às vezes a esperar quinze ou vinte dias.

Assim superlotado, o hospital funciona em regime de grande tensão, exigindo esfôrço sobrehumano do pessoal e uma sobrecarga do equipamento e dos serviços auxiliares, vendo-se obrigado a recusar, por incapacidade de lotação, novas propostas de contratos que, com frequência, lhe são solicitados por outras instituições. Esta é a situação no momento. Imagine-se o que acontecerá daqui

a alguns anos, se nada se fizer para que os recursos da assistência hospitalar acompanhem o crescimento da região, que abrange todo o litoral paulista.

Outros aspectos merecem, porém, ser focalizados. Veja-se, por exemplo, a falta de meios em face do aumento assustador das exigências de assistência hospitalar. Esta assistência é carissima e tende a encarecer cada vez mais, não apenas como consequência do aumento do custo de tôdas as utilidades imprescindíveis a um hospital, mas principalmente, em decorrência dos progressos vertiginosos da ciência médica, na terapêutica e no diagnóstico, elevando o custo da assistência, pois o hospital precisa proporcionar ao médico todo o complexo equipamento e o elemento humano capaz de executar com perícia, como o exigem a saúde e a vida do paciente, as suas determinações.

Há, pois, que adquirir os mais modernos equipamentos, atualizar as instalações, substituir o aparelhamento que se tornar obsoleto e ultrapassado. E' imperioso ao hospital preparar o seu próprio pessoal, dada a inexistência de centros de formação de mão de obra especializada. Isto justifica porque a assistência hospitalar é relativamente cara, enquanto os recursos estão sempre longe de corresponder ao seu custo. Mesmo nos hospitais particulares, bem organizados, a renda proveniente do pagamento de contas pelos pacientes é insuficiente para atender às despesas exigidas para a manutenção de uma assistência de alto padrão, tais como pesquisa, ensino, depreciação de imóveis e equipamento, etc. Disto são prova os hospitais norte-americanos (onde o tratamento gratuito se resume a reduzida porcentagem de casos de interêsse científico) os quais não se mantêm apenas com sua própria renda, recorrendo periòdicamente a campanhas de levantamento de fundos, como a Santa Casa vem fazendo nos últimos anos.

Assim, quando se fala em déficit numa instituição hospitalar, não se devem considerar apenas as cifras acusadas pela sua operação, pois elas trabalham de maneira eficiente, necessitando de recursos paralelos não só para manutenção, mas também para as demais obrigações não incluídas na despesa operacional. Há que atentar ainda para o gravíssimo problema da mão de obra. Com o surto industrial surpreendente que se vem acentuando dificilmente os hospitais conseguem competir com as demais emprêsas e o resultado é a mão de obra qualificada evadir-se, à procura de melhores salários e melhores condições de trabalho.

Em nosso País observa-se um absurdo: os hospitais, que lidam com o que há de mais precioso, que é a vida e a saúde do homem, são justamente os organismos que mais baixo pagam seus empregados, em comparação com as emprêsas industriais e comerciais.

O hospital, por natureza, funciona noite e dia, obrigando seu pessoal ao trabalho noturno, aos domingos e feriados, sempre sob tensão, junto a uma clientela especial, composta do doente e sua família, pessoas que não se encontram em estado normal, exigindo um esfôrço excepcional de equilíbrio emocional de quem com elas trata.

Conclui-se, pois, em face dêsses excepcionalíssimos fatores, que a fôlha de pagamento de um hospital deveria ser pelo menos duplicada, para que êsses estabelecimentos pudessem contar com mão de obra de alta qualidade.

Estas considerações não se aplicam apenas aos hospitais da Baixada Santista, mas a todos os hospitais em geral.

Poderíamos, também, focalizar as dificuldades resultantes da inexistência de uma indústria de material hospitalar de alta qualificação em nosso País. A de que dispomos encontra-se ainda dando os primeiros passos, embora fazendo um esfôrço digno de aplauso. Tem-se, por isso, de importar quasi todos os equipamentos e todos sabemos das dificuldades dessas operações.

Parece oportuno também lembrar a quasi total inexistência de técnico de administração hospitalar, cujo concurso é imprescindível a uma organização dessa natureza. Sem receio de exagerar, louvados, aliás, na opinião de todos os entendidos no assunto, podemos afirmar que o hospital moderno é a mais complexa emprêsa de nossa época e, como tal, sua administração deve ser orientada por especialista, devidamente treinado para essas funções.

Não se pode mais pensar hoje em administrar hospitais sem o concurso dêsse profissional, que deve orientar a organização e o funcionamento. Agir de modo diferente é cair no empirismo e arcar com tôdas as suas consequências. Todavia, são raras as instituições que contam com êsses técnicos. A maioria, a pretexto de economia e ignorando a complexidade dos problemas a enfrentar, considera dispensável a sua colaboração. O resultado é que perece a eficiência e aumentam os custos, sem que percebam os menos avisados.

Há outros aspectos peculiares à Baixada Santista, mas seria demasiado longo discuti-los, limitando-me apenas a enumerar alguns. Por exemplo, o problema de doentes mentais. De imediato, sem embargo de medidas mais amplas do poder público para dar uma solução definitiva ao assunto, seria necessário que cada hospital particular ou filantrópico contasse com uma unidade de psiquiatria, para os casos agudos.

Outro problema é o dos tuberculosos. A solução aconselhada para o caso dos doentes mentais poderia ser aplicada a êste. Não se compreende um hospital geral que não disponha de uma unidade de tuberculosos. Isto é matéria pacífica entre os estudiosos, por motivos técnicos que demoraria examinar detidamente.

Há ainda os doentes crônicos e convalescentes, que constituem graves dificuldades para os hospitais gerais, obrigados a manter espaço e fazer despesas que poderiam ser utilizados por doentes agudos.

Do expôsto se deduz que o problema é por demais complexo e de suma importância, exigindo das autoridades e daqueles que retêm parcela de responsabilidade pela manutenção dessas instituições um estudo sério e decisivo.

No que tange à Santa Casa de Santos poder-se-ia ainda, para mais amplo esclarecimento, aduzir as conclusões de um grupo de trabalho, há alguns anos, instituído pelo Govêrno Federal, para estudar e apresentar soluções sôbre a situação das Santas Casas. O inquérito realizado junto aos usuários dos serviços hospitalares das Santas Casas, contribuintes dos Institutos de Previdência, revela com clareza as principais causas da superlotação dêsses hospitais, apontando as seguintes:

1 — Não ter o contribuinte completado o período de carência para fazer jús aos benefícios da Lei Orgânica da Previdência.

2 — Não terem os empregados e empregadores feito a competente inscrição no Instituto, ou por falta de regularização da mesma.

3 — Falta de médico, de ambulatório ou de aparelhamento na cidade.

4 — Falta de especialistas no ambulatório de Instituto.

5 — Politica de alguns Institutos que só internam nos casos de cirurgia, abandonando o doente à sua própria sorte nos casos de internação para clínica médica. (exemplo: tétano, enfarte, etc.).

6 — Insuficiência de verba ou por ter sido atingido o limite previsto pela legislação própria para os serviços médicos.

7 — Falta de vaga no Hospital do Instituto ou Hospital detentor do contrato.

Como contribuição de nossa experiência de treze anos, assessorando a Mesa Administrativa da Santa Casa de Santos, além das sugestões já apontadas, poderíamos afirmar que a melhor solução para a angustiosa falta de leitos na Baixada Santista seria a transformação do Hospital da Irmandade de São José, sito em São Vicente, num hospital geral de 500 leitos e a entrega de sua administração àquela Irmandade. Isso viria resolver, por alguns anos, a deficiência de leitos hospitalares nesta região. A distribuição dêsses 500 leitos poderia ser a seguinte: 200 leitos para doentes pagantes e 300 leitos para indigentes. A construção de hospitais particulares em Santos, S. Vicente e Cubatão viria completar a solução. Aliás, tivemos a grata satisfação de constatar que esta é também a opinião do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, conforme entrevista dada a um jornal de S. Paulo pelo seu diretor, Dr. Oswaldo do Vale Cordeiro.

Não se deve pensar em hospitais governamentais ou previdenciários, porque isto, longe de atenuar a situação, viria agravá-la, porque é sabido que os hospitais do govêrno ou de institutos de previdência custam muito mais do que aquêles submetidos à administração de instituições privadas.

O processo mais conveniente, para as instituições de previdência e seus associados, é a celebração de convênios com hospitais particulares. O IAPETEC e o IAPM, que prestam realmente assistência hospitalar aos seus associados em Santos, gastam aqui, em média, 10 a 12 milhões de cruzeiros mensais: se tivessem de fazê-lo diretamente, dispenderiam certamente dez vêzes mais.

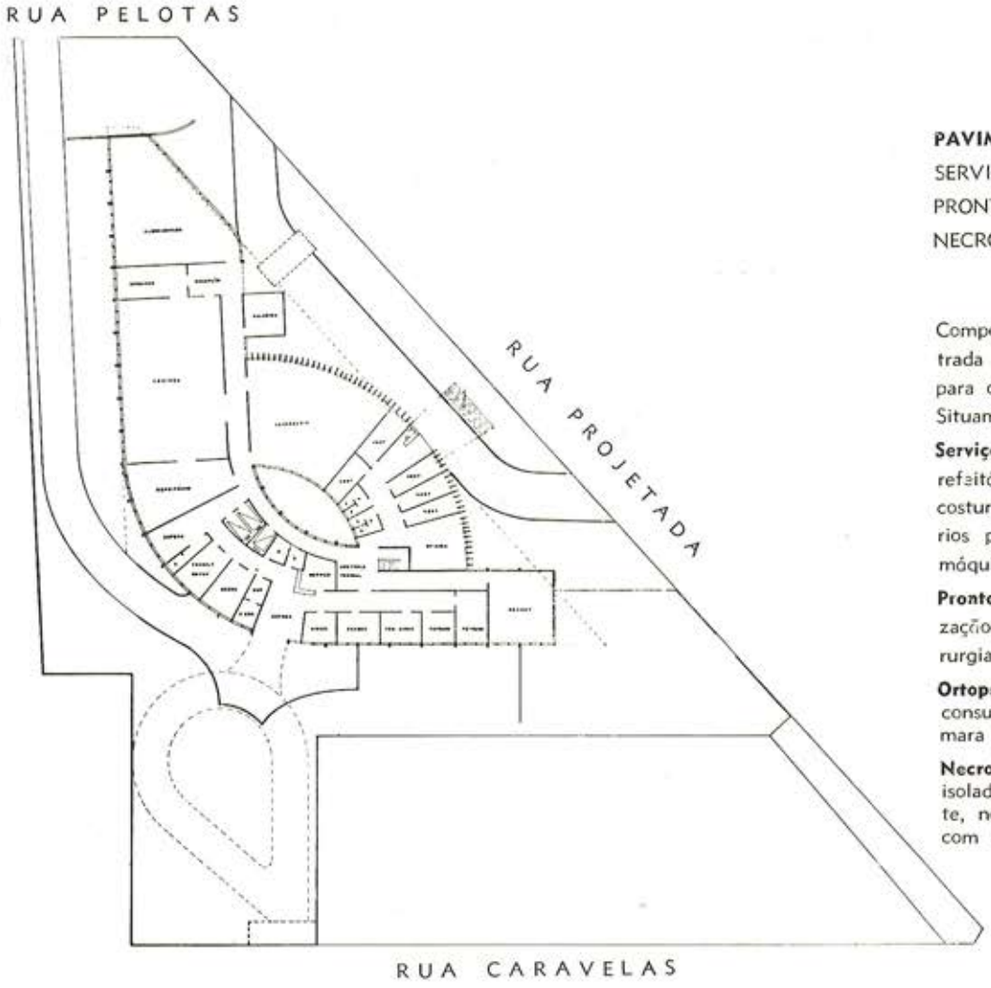
Estas as considerações que nos permitimos fazer ràpidamente, advertindo, porém, que a complexidade do problema não se compadece com as limitações de uma simples palestra ou de um artigo de jornal ou revista, ambos constrangidos pelas contingências do tempo e do espaço. Muito há ainda a dizer e a escrever neste assunto.

HOSPITAL JARAGUÁ

O Hospital Jaraguá localizar-se-á no Ibirapuera, em terreno de 4.530 m2, com 18,19m de frente para a Rua Pelotas, 20,50m de frente para a rua Caravelas e 133m de frente para uma rua Projetada, através da qual êle fará divisa com o Instituto de Cardiologia do Estado. Assentar-se-á em uma base de 1.377m2, estando, assim, rodeado de uma área livre de 3.153m2. Compreenderá oito pavimentos, afora o térreo, comportando uma área total de 9.793m2 de construção. Terá 102 quartos, 6 pequenas enfermarias de quatro leitos cada e 4 apartamentos de luxo, com capacidade mínima para 122 pacientes (e respectivos acompanhantes) e capacidade máxima de 212 pacientes. Os nove pavimentos serão servidos por dois elevadores para passageiros e macas e um elevador de serviço. Os quartos, as enfermarias e, òbviamente, os apartamentos, terão todos seus banheiros privativos.

HOOVER AMÉRICO SAMPAIO
ARQUITETO

ODAIR PACHECO PEDROSO
CONSULTOR



PAVIMENTO TÉRREO
SERVIÇOS GERAIS
PRONTO SOCORRO
NECROTÉRIO

Comporta uma entrada de serviço, uma entrada para funcionários, e uma entrada para o Pronto Socorro, independentes.
Situam-se neste pavimento:

Serviços gerais, compreendendo cozinha, refeitório para empregados, lavanderia e costura, almoxarifado, e depósitos, vestiários para empregados, oficinas e casa de máquinas;

Pronto Socorro Geral, com sala de higienização, sala de exames, sala de pequena cirurgia e sala de repouso;

Ortopedia e Traumatologia, compreendendo consultório e sala de gesso, com R-X e câmara escura;

Necrotério, situado em uma ala do prédio, isolado do mesmo e com saída independente, no ângulo que a Rua Caravelas forma com a rua Projetada.

1.º PAVIMENTO
ADMINISTRAÇÃO
CONFÔRTO MÉDICO
AMBULATÓRIOS

Neste pavimento situa-se a entrada principal do Hospital, em direção à Rua Projetada. Compreende as seguintes partes:
Administração;

Confôrto médico, incluindo vestiários, salas de reuniões, biblioteca e auditório para 70 pessoas aproxim..damente.

Ambulatórios de otorrinolaringologia, de oftalmologia, de gastroenterologia, de clínica cirúrgica, de neurologia e eletroencefalografia, de medicina psicossomática, de nefrologia, de clínica médica e de pediatria. Ampla sala de espera e pequeno bar.

2.º PAVIMENTO
SERVIÇOS AUXILIARES
AMBULATÓRIOS

Compreende:

Ambulatório de urologia, de cardiologia e eletrocardiografia, de pneumonologia e broncoscopia.

Serviços auxiliares de radiologia, radioterapia, radioisótopos, fisioterapia, transfusão e banco de sangue, laboratório clínico completo e laboratório de anatomia patológica.

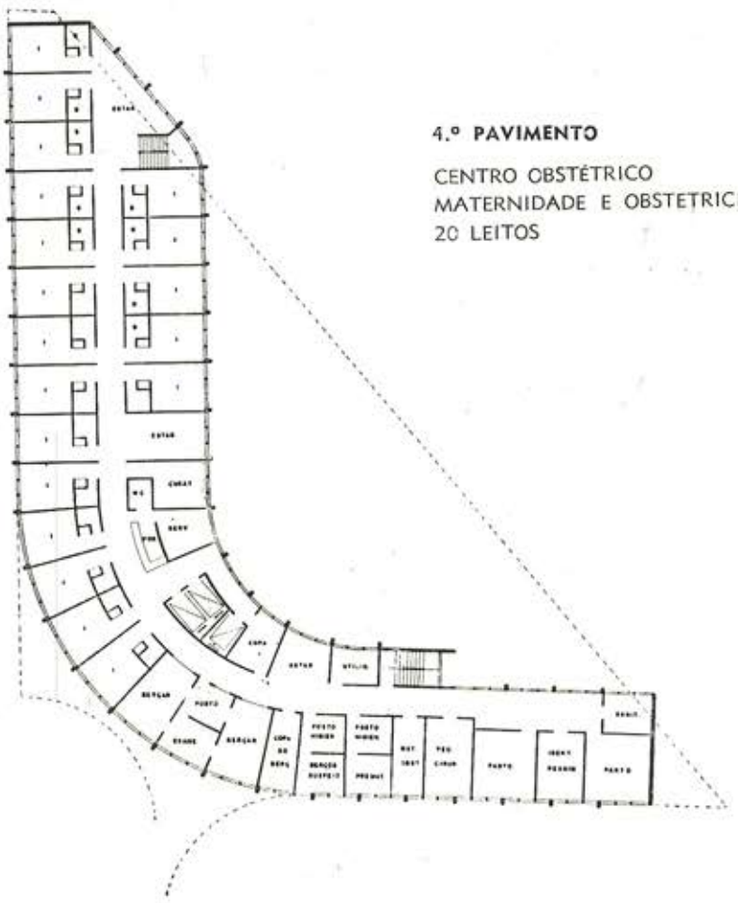
3.º PAVIMENTO

CENTRO CIRÚRGICO

Compreende o

Centro Cirúrgico, com sete salas de operação, incluindo salas especiais para cirurgia cardíaca, de cirurgia otorrinolaringológica e oftalmológica.

Compreende ainda o centro do material, o centro de recuperação e quartos para médicos internos e residentes.



4.º PAVIMENTO

CENTRO OBSTÉTRICO
MATERNIDADE E OBSTETRICIA
20 LEITOS

Compreende o

Centro Obstétrico, com salas para partos, pequena cirurgia, reanimação, identificação, berçário e 20 quartos para internação.

5.º PAVIMENTO

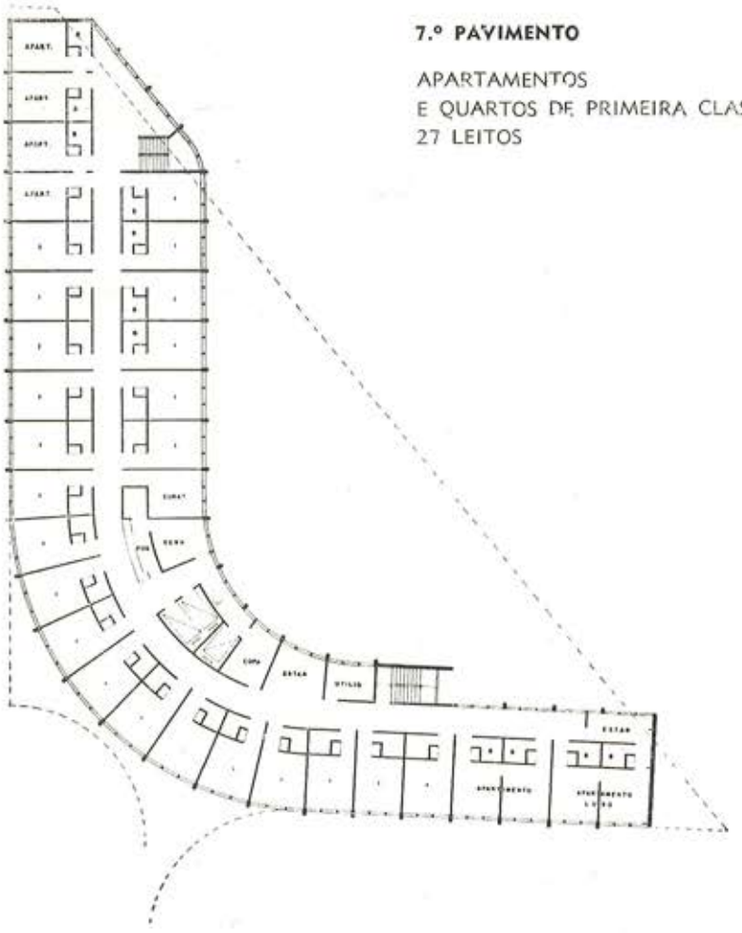
QUARTOS COM 1 E 2 LEITOS
ENFERMARIAS
52 LEITOS

Internação: 20 quartos para um ou dois doentes, 6 pequenas enfermarias para quatro pacientes cada, sala de estar, posto de enfermagem, salas de curativos, de utilidades, de serviços e copa.

6.º PAVIMENTO

APARTAMENTOS
E QUARTOS DE PRIMEIRA CLASSE
27 LEITOS

Internação: 31 quartos para um paciente e acompanhante, duas salas de estar, posto de enfermagem, copa e salas de curativos, de utilidades e de serviços.



7.º PAVIMENTO

APARTAMENTOS
E QUARTOS DE PRIMEIRA CLASSE
27 LEITOS

Internação: 4 apartamentos de luxo com duas ou três salas cada; 23 quartos para um paciente e acompanhante;

Posto de enfermagem, copa, salas de estar, de curativos, de utilidades e de serviços.

8.º PAVIMENTO

TERRAÇO — SALÃO DE ESTAR
RESTAURANTE

Amplo terraço, com possibilidade de pouso para helicóptero.

Salão de estar para pacientes e acompanhantes, com leitura e jogos.

Restaurante para médicos e visitantes com copa e cozinha independentes.

APARELHOS DE
ILUMINAÇÃO CIRÚRGICA
EFICIENTES E MODERNAS

Scialytique BBT

MODÊLO

S4PE

com bateria para
"LUZ DE EMERGÊNCIA"

Êste modêlo, de extraordinária maneabilidade, apresenta em tamanho menor todas as características principais dos modêlos clássicos de teto das famosas "SCIALYTICAS" BBT.

Equipado com eficiente conjunto de luz de emergência, compreendendo uma bateria, um carregador de bateria e demais dispositivos de comando e contrôle.

MUNDIALMENTE FAMOSAS

SCIALYTICA S 4 PE

(SCIALYTICA)

É MARCA REGISTRADA. EXISTE SÒMENTE U M A VERDADEIRA SCIALYTICA: A CONSTRUIDA E FABRICADA POR BBT E SEUS LICENCIADOS.

DISTRIBUIDOR AUTORIZADO:

Únicos Fabricantes Licenciados no Brasil:

micronal

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

O PROBLEMA DO PESSOAL NAS OBRAS SOCIAIS

D E C I O S I L V A B A R R O S

Anotações para duas aulas em um curso para Diregentes de Obras Sociais, patrocinado pela Associação Cristã Feminina. Out. 61 SP

Como em qualquer emprêsa, também nas obras sociais o problema do pessoal é importante. Sem o elemento humano, devidamente adaptado aos objetivos da obra, a tarefa se torna mais pesada e os resultados menos palpáveis.

Vários são os fatores que contribuem positiva e negativamente nos resultados obtidos e, dentre êles, consideramos o mais importante, o fator humano, em tôda a sua gama, dentro da instituição. A análise dêsse fator não exclue as chefias e a própria diretoria.

Quando a diretoria de uma obra é escolhida pelo voto, a seleção está sendo feita de modo direto pelos votantes. O gráu de capacidade dêsses membros está condicionado à capacidade de escolha dos votantes e refletirá durante o mandato, o pensamento da maioria nas medidas imprimidas.

Logo abaixo da diretoria coloca-se o corpo administrativo da instituição e êste, ainda que sofrendo influências diretas da Diretoria, só poderá equilibrar-se e produzir a contento se os chefes dos vários departamentos forem pessoas capazes e com qualidades pessoais de chefiar.

O pessoal subalterno, se bem colocado nas suas funções, apresentará resultados satisfatórios de produção e em sentido inverso, quando também inversamente colocado.

De tudo isso, porém, algumas medidas preventivas podem ser tomadas no sentido de garantir melhor rendimento e menores problemas humanos nas instituições.

S E L E Ç Ã O D O P E S S O A L

I — **Conceitos básicos:**

1 — O elemento humano é o principal fator do êxito de uma emprêsa;
2 — Ninguém, em pleno gôso de sua saúde física e mental, é completamento inútil ou incapaz;
3 — Produção é o resultado do esfôrço físico ou intelectual na elaboração de alguma coisa;
4 — O homem deve estar convenientemente ajustado às funções que lhe cabem e estas devem, no mínimo, satisfazer alguns aspectos de sua vocação;
5 — O sucesso está em pôr **o homem certo no lugar certo.**

II — **Métodos de Seleção:**

1 — Testes psicotécnicos;
2 — Estágio probatório (uma só função);
3 — Experimentação (várias funções).

Notas:

Os testes psicotécnicos são os mais científicos. Envolvem estudos de personalidade, aptidões, inteligência, etc. — Têm acentuado valor mas não prescindem de outras considerações práticas.

Entende-se por estágio probatório o período em que um candidato se submete à avaliação do seu trabalho, numa determinada função.

Experimentação é o ciclo de estágios, nas diversas funções de uma emprêsa, sempre que compatíveis com o nível profissional do estagiário, e que tem por fim localizá-lo no lugar em que obteve melhores resultados práticos.

III — **Particularidades:**

1 — Finalidades da obra (ou emprêsa);
2 — Mentalidade dirigente;
3 — Pessoal técnico;
4 — Pessoal comissionado;
5 — Pessoal de chefias.

Notas:

As finalidades da obra (ou emprêsa) é um dos pontos chaves na seleção do pessoal, pois êste deve ter, em primeiro lugar, vocação para o campo de trabalho em que se coloca a instituição.

Chamamos de mentalidade dirigente o espírito que orienta a política administrativa da instituição, interna e externamente. Exemplo: mentalidade filantrópica, mentalidade sindical, mentalidade patronal, etc.

A seleção do técnico não tem o propósito de invalidar um diploma, mas testar as afinidades ideológicas do profissional em gráu desejável à instituição. Pode-se também atentar para os aspetos da personalidade, do nível mental e da formação moral que por acaso possam interessar aos propósitos da obra.

O técnico comissionado, geralmente o é porque já comprovou capacidade e vocação para o campo de trabalho. Deve ser solicitado quando comprovada a necessidade dos seus serviços na obra.

IV — **O Chefe** — Considerações a respeito.

O elemento primordial de uma emprêsa é o chefe. Êle deve ter capacidade de estabelecer e manter um elevado espírito de equipe, sem o qual os esforços serão dispersados.

Hoje em dia, a escassez de produtividade não está na matéria prima e tampouco no capital ou na mão de obra. O que falta, mais do que tudo, é o táto e a maneira de tratar o trabalhador. Em outras palavras, o que falta são os chefes capazes.

Muitas vêzes o chefe não atina com as razões de certos problemas e oscilações no gráfico de produção. Na análise dos fatos, esquece de fazer uma auto-avaliação e de ponderar os métodos que vem adotando para dirigir o pessoal.

A evolução social, as medidas de proteção ao trabalhador e outras medidas humanas dos sistemas modernos de direção, opõem-se aos processos já superados dos antigos feitores. Hoje, êste tipo de chefe não obtém resultados satisfatórios porque seus métodos são retrógados e não encerram o mínimo das condições exigidas para um bom relacionamento humano no trabalho.

Nas emprêsas modernas, êsses problemas de chefias têm sido a principal preocupação dos homens de visão, pois os resultados práticos dependem do temperamento, da personalidade e da formação dos chefes.

Destacamos pois, dois tipos de chefes: o déspota e o líder. E' preciso decidir qual deles convém.

. . . . . .

O déspota está empenhado numa ação determinada por si só, que deseja assegurar. Subordina os auxiliares a fins pré-concebidos, manipulando-os a seu modo, sem qualquer consideração aos aspetos próprios da personalidade de cada indivíduo. Não expõe os planos de trabalho, limitando-se a lacônicas ordens de comando em simples "faça isso, faça aquilo", sem perceber que tal processo não permite aos colaboradores uma visão conjunta da meta a ser atingida.

Assim, os "comandados" ficam automatizados, não produzem o que poderiam e, tendo a livre iniciativa tolhida, perdem a liberdade de sugerir melhorias nos processos de trabalho.

Êste tipo de chefe, porque esqueceu de considerar a natureza humana dos seus auxiliares, deverá enfrentar com muito mais frequência vários problemas de pessoal e entre êles, o da baixa produtividade, o da insatisfação e insubordinação.

Como reage ante tais problemas? — Punindo a torto e a direito para que sirva de "exemplo". Por isso, os auxiliares fogem dêle e evitam trocar idéias que viriam, muitas vêzes, beneficiar a todos. Como só êle sabe pensar, só êle conhece tudo do seu setor, o bom relacionamento é prejudicado e assim não há colaboração expontânea e entusiástica para a consecução de um plano, havendo mesmo, muitas vêzes, um desejo surdo para que tudo fracasse.

O chefe despótico supõe existir para ser obedecido e não para orientar (condição para ser respeitado) e porisso abusa da posição que ocupa, gostando mesmo de ostentar a hierarquia. E' obedecido porque tem nas mãos o "pão de cada dia" de seus subordinados. Para assegurar êsse poder é contrário a qualquer medida que possa proporcionar segurança aos subalternos. Nem sempre é justo, gosta de ser bajulado e conceda privilégios aos bajuladores. Êle que é "duro" com os subalternos torna-se cortejador e servil para com os superiores.

Com chefes assim, a emprêsa terá que enfrentar muito mais problemas.

. . . . . .

O chefe líder se interessa para que as pessôas possam ser levadas a trabalhar em conjunto, com eficácia e felicidade. Em vez de manipular, orienta e educa, guia e estimula os indivíduos para que possam participar melhor das tarefas que elaboram o objeto comum.

Aqui, o poder do chefe se alicerça na interação de diversos propósitos e na racionalização das diferenças individuais. Mantendo um forte sentido de equipe, fortalece o indivíduo e proporciona a evolução de cada um e do grupo.

Neste modo de chefiar, o aspeto punitivo é muito reduzido e quando isso se faz necessário, o espírito educativo deve prevalecer. Em consequência, as medidas nunca são ditadas por impulsos subjetivos, por preconceitos ou máguas pessoais.

A liderança, pela sua própria natureza democrática, constitui um fator de fortalecimento das boas relações humanas no trabalho. O chefe é constantemente solicitado a trocar idéias e o diálogo, entre superiores e subalternos, resulta num aprimoramento de processos.

Em resumo, pontificando o respeito pela pessôa humana, a reciprocidade de tratamento assegura um ambiente ideal de trabalho.

Nestas anotações, demos um maior destaque aos problemas da chefia porque acreditamos estar na seleção dos chefes o ponto alto das instituições.

V — **Aproveitamento dos técnicos**

1 — Técnicos eventuais;

2 — Técnicos permanentes.

Notas:

Os técnicos eventuais são aquêles que têm uma especialidade profissional eventualmente usada pela instituição. Por isso a seleção é feita naturalmente, recaindo a escolha, geralmente, em pessôas que já demonstraram sua capacidade profissional. **Exemplo:** Um técnico em racionalização do trabalho; um técnico em planejamento; um técnico em campanhas de fundos, etc.

Os técnicos permanentes são os que contribuem diàriamente com os seus conhecimentos profissionais, na elaboração das rotinas que constituem o objetivo da emprêsa.

Para que haja bom aproveitamento dêsses esforços é necessário que a instituição tenha planos bem definidos e de pleno conhecimento de tôda a equipe de trabalho.

Com uma visão da meta a ser atingida há facilidade de coordenação e portanto, melhores condições para o cumprimento das finalidades a que se propõe a obra. **Exemplo:** O médico de uma instituição que visa a promoção da classe operária, não pode restringir suas tarefas apenas ao campo patológico.

PRÓXIMO CURSO DO IPH:

6.o CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

CURSE A ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO IPH

ACADEMIA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Em 26 de Julho p.p. foi empossada a primeira Diretoria da Academia Brasileira de Administração Hospitalar, que ficou constituida de:

Presidente — Geraldo José da Rosa e Silva; 1.º Vice-Presidente — Delcides de Oliveira Baumgratz; 2.º Vice-Presidente — Cid Guimarães; 1.º Secretário — César Luiz Bezerra Cavalcante; 2.º Secretário — Aloysio Neiva Filho; Diretor Técnico — Raphael Morales Ribeiro; Diretor Financeiro — Arné de Oliveira Valente 1.º Tesoureiro — Gilberto Carvalho Junqueira; 2.º Tesoureiro — Deoclides Martins Ferreiro; Diretor Adjunto — Délio Câmara da Costa Alemão; Secretário Geral — Macário da Silva Dias.

Além da Diretoria, foram empossados os Acadêmicos fundadores, bem como os membros dos seguintes setores da Academia:

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, dirigido por Henrique Bandeira de Mello, Dagoberto Marques de Miranda Chaves, Annibal Benévolo Galvão e Lucillo Feliciano de Castilho.

COMISSÃO BRASILEIRA DE ACREDITAÇÃO DE HOSPITAIS, a cargo de Hilton Neves Tavares e outros.

COMISSÃO DE ÉTICA E DEFESA, sob a orientação de Oberdan Ravel Perrone.

A Academia realizou outras sessões para posse dos Acadêmicos que não puderam participar da primeira solenidade.

Como primeiro resultado das atividades do Instituto Brasileiro de Administração Hospitalar, indicamos a realização, no segundo semestre de 1963, do Curso de Aperfeiçoamento de Serviço Social.

A Academia Brasileira de Administração Hospitalar (ABAH) vem funcionando na Rua dos Andrades, 96, 10.º andar — Rio de Janeiro-GB.

CONSTRUÇÃO DA REDE HOSPITALAR DE BRASILIA

Dr. Humberto Antunes — Diretor Executivo da Novacap. Dr. Nadim Aschar — Secretário de Saúde do Distrito Federal. Dr. Fernando Torres — Chefe de Manutenção da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Dr. Ely Toscano Barbosa — Chefe Médico da Unidade de Cardiologia do Hospital Distrital. Dra. Jurema Barbosa — Chefe Médica da Unidade de Obstetrícia. Arq. Jarbas Karman — Apresentando os Planos da Rêde de Hospitais. Dr. Emilio Hidal — Chefe de Gabinete do Secretário da Saúde. Arq. Mario Bacage do Grupo de Construções das Unidades Hospitalares.

VISITA DO DR. PINET — DIRETOR DA SOCIETÉ L'AIR LIQUIDE

Por ocasião da sua visita ao Brasil, Dr. Pinet forneceu as seguintes informações:

A oxigenoterapia está atualmente saindo da fase empírica. Graças aos trabalhos efetuados em tôdas as partes do mundo sôbre as trocas respiratórias em função das atmosferas respiradas, da ventilação pulmonar e da circulação sanguínea o médico pode, doravante, definir com clareza os modos de tratamento a aplicar, conforme o estado do paciente.

A indústria, por seu lado, aperfeiçoou tôda uma série de novos materiais para atender as novas técnicas medicinais, auxiliando a respiração e os tratamentos de hiper-pressão. Por outro lado, garante um serviço de maneira que o oxigênio fique, disponível perto do paciente, reduzido a uma pressão estável conveniente à alimentação dos aparelhos de tratamento.

O conhecimento, cada vêz mais introduzido nos meios médicos, das possibilidades terapêuticas do oxigênio, com a ajuda da indústria, faz com que o uso do oxigênio na medicina desenvolva-se com um ritmo acelerado.

A título de informação, nos Estados Unidos e no Canadá o consumo deve ultrapassar hoje, 250 m3/1000 habitantes/ano, enquanto que na França, mesmo estando à frente dos países europeus, sòmente se atingiu 125 m³, aproximadamente, com um ritmo anual de progressão da ordem de 15%.

Essas considerações permitem prever perspectivas futuras nos diferentes países e à medida que o equipamento hospitalar fôr completado, o corpo médico estará mais informado e a indústria poderá melhorar o seu serviço.

HOMENAGEM

Oração pronunciada pelo Dr. Cosme De Guarnieri Netto, por ocasião da homenagem póstuma prestada no H.S.P.E. em 28 de dezembro de 1963 ao Prof. Dr. Arthur Wolff Netto.

ARTHUR WOLFF NETTO

Aqui estamos, familiares, amigos, discípulos, colegas, reunidos em tua sala de trabalho, para prestar-te singela e comovida homenagem. Terás aqui hoje perenemente fixada no frio bronze, aquela lembrança imorredoura que a tua ausência física, deixou no calor dos nossos corações.

Guardo na memória, entre muitas, uma das tuas frases: Guarnieri as coisas para mim chegam sempre um pouco tarde; os designios de Deus fizeram com que a tua morte chegasse cêdo demais para ti e para todos nós. Conheciamos já o médico, o toco-ginecologista de prestigio, o técnico consumado que manejava o bisturi e o forcipe com a mesma elegância e destreza de um espadachim a esgrimir a sua espada.

Conheciamos o professor emérito, didata consumado, vibrante em suas prelações.

Em 1956, ao aceitar o teu convite para assistente da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Sorocaba, iriamos dar o primeiro passo para uma profunda amizade, onde conheceríamos o homem. Cultura humanística aprimorada, conhecimento aprofundado de nossa língua, pano de fundo de um caráter irrepreensível, dignidade impar, retidão de conduta, pureza de alma tranquilidade de atitudes.

Homem que já era grande pela arte, vinha a se agigantar pelo coração e pela alma.

Cultivastes a tua medicina com a dignidade e a pureza que só tu eras capaz.

Nas noites a dentro, no teu lar digno e Cristão, que sempre lembro com profunda emoção, quando planejávamos o teu serviço de obstetrícia e ginecologia não faltavam o incentivo da tua fé e do teu ideal, o calor da tua bondade, a amenizar as longas e duras horas de trabalho.

Tinhas sempre uma palavra, um gesto amigo, para todos e para tudo.

Fostes um bom.

Aprendestes, desde cêdo, a tudo dar e a nada exigir.

Nunca perdoastes, porque sempre compreendestes.

Tivestes a mesma desambição que o semeador põe em seu trabalho: semeastes sem pensar se irias ou não colhêr os frutos do teu plantio. Fizestes da tua vida um paradigma, um exemplo inolvidável, para os teus familiares, amigos e colegas.

Nunca tivestes inimigos, mas adversários.

Fostes um combatente aguerrido, mas leal e das bôas causas.

Deixastes abruptamente os teus e a nós, em pleno combate em teu consultório, como querias, mas não morrestes. A grande saudade que ficou de ti, a lembrança de tua dignidade são perenes. Êste serviço será sempre teu, passe quem por aqui passar, passem quantos por aqui passarem.

As paredes desta tua sala de trabalho, a tua querida sala de chefia, que recebem hoje esta placa de homenagem e o teu retrato, no seu silêncio mudo falarão sempre da tua presença.

Fostes um médico e um poeta. Amastes o belo e o justo. Obedecer-te foi privilégio, pois onde estavas reinava sempre a justiça e ser obediente onde reina a justiça é ser livre.

Tivestes sempre ao teu lado a espôsa meiga, compreensiva, pura, digna; os filhos leais e honestos; os amigos sinceros, pois soubestes sempre ser o melhor dos esposos, o mais digno dos pais, o mais fiel dos amigos.

Rostand, de quem tanto gostastes, pôs no verso de Cyrano de Bergerac, aquilo que talvez pudesse caber como fêcho da tua vida:

Sei. Tudo me arrancais; a rosa, a palma, o louro. Arrancai... Mas existe um quid imorredouro.

Que eu levo, e que ao entrar no alcácere de Deus varrerá largamente o luminar dos céus.

E' puro como a glória, ardente como um facho.
Mau grado vosso eu levo...
O meu penacho.

Sim levastes para a eternidade o teu penacho, a tua dignidade, a tua alma pura, a tua bondade, o teu caráter reto, a tranquilidade daqueles que em vida tiveram sempre a paga do trabalho honesto, com o bem que não se compra; a paz de espírito.

Arthur Wolff Netto, espôso
Arthur Wolff Netto, pai
Arthur Wolff Netto, médico
Arthur Wolff Netto, amigo
Arthur Wolff Netto, mestre
Arthur Wolff Netto, homem

que Deus albergue a tua grande alma.

Humilde na tua grandeza, fostes sempre grande na tua humildade.

HISTORICO DA VIDA DO

PROF. DR. ARTHUR WOLFF NETTO

Arthur Wolff Netto, nasceu em São Paulo, Capital, aos 22 de abril de 1909, sendo filho de Antonio Pedro Wolff e Alexandrina de Oliveira Wolff, foi casado com D. Marieta Altenfelder Silva Wolff e deixou três filhos: Marieta, Arthur e José Roberto Wolff.

Iniciou os estudos no antigo grupo escolar do Arouche, onde concluiu o curso primário. Fêz seus estudos secundários no Ginásio do Estado, por onde se diplomou, com grande distinção, bacharel em ciências e letras em 1926. Aprovado em exame vestibular em 1927, ingressou no 1.º ano do curso médico, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Diplomou-se em Doutor em Medicina, após defesa de tese aprovado em grande distinção em 1932. A tese versou sôbre "Das Operações do Simpático em Ginecologia."

TITULOS UNIVERSITÁRIOS:

Interno da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de 1931 a 1933.

Assistente extra-numerário da cadeira de Clínica Obstétrica e Puericultura Néo-Natal da Faculdade de Medicina de São Paulo de 1937 a 1940.

Primeiro Assistente Chefe de Clínica da cadeira de Clínica Obstrética da Escola Paulista de Medicina em 1938 a 1944.

Professor da cadeira de Anatomia e Fisiologia dos Órgãos Genitais Femininos da Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo de 1939 a 1944.

Docente livre da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, após o concurso de títulos e provas, realizada em março de 1942 e no qual foi aprovado com distinção.

Assistente da Cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 1 de agosto de 1945.

Professor de Medicina Pastoral do Seminário Central do Ipiranga desde julho de 1953.

Professor da cadeira de Ética Profissional da Escola de Obstetrícia da Universidade de São Paulo desde 1953.

Professor Catedrático da cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo desde 20 de fevereiro de 1954.

Professor de Obstetrícia da Escola de Enfermagem Coração de Maria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba.

Professor de Obstetrícia da Escola de Enfermagem de Santa Catarina.

Foi laureado com os prêmios "Silvio Maia" (Obstetrícia) e "Nicolau de Moraes Barros" (Ginecologia) da Associação Paulista de Medicina em 1941 e 1945 respectivamente.

Foi Presidente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Paulista de Medicina em 1951.

Em 1953 foi eleito membro do Conselho, diretor da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do qual era atualmente 1.º secretário.

Em 1953 foi nomeado pelo Cardeal Mota, Perito do Tribunal Eclesiástico.

Representou os docentes na Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fazia parte do Conselho Técnico Administrativo da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Foi nomeado para o Conselho Administrativo do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo. 1960-1963.

Organizou o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo.

Foi nomeado em 1961, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo, cargo que assumia até hoje.

Faleceu aos 28 de novembro de 1963 nesta Capital.

SÓCIO

OBS. São Imprescindíveis 2 Fotografias 3 x 4 cm

IPH

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

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

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

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

PARA PROPOSTA

ESCREVA BEM LEGÍVELMENTE

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

2 — NOME DA ENTIDADE .....

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

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

.....

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

6 — ENDERÊÇO INDIVIDUAL .....

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

.....

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

.....

8 — CURSOS, TÍTULOS, DIPLOMAS .....

9 — OBS. .....

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

.....

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

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

.....

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

NCR$ 10,00 NCR$ 30,00

PRÓXIMOS CURSOS DA ESCOLA PARA FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

Diretor: Prof. Dr. Zeferino Vaz

6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

Diretor: Dr. Carlos Luiz Campana

2.º CURSO DE SEGURANÇA EM HOSPITAIS

Diretor: Dr. Eudoro L. Berlinck

1.º CURSO DE MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE HOSPITAIS

Diretor: Dr. Eudoro L. Berlinck

1.º CURSO DE ESTATÍSTICA HOSPITALAR

Diretor: Dr. Oberdan Raval Perrone

1.º CURSO DE ARQUIVO MÉDICO

Diretor: Dr. Geraldo José Rosa e Silva

3.º CURSO DE PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS

Diretor: Arq. Jarbas Karman

DR. REYNALDO NEVES DE FIGUEIREDO NA SOLENIDADE DA ENTREGA DOS CERTIFICADOS DE APROVAÇÃO E FREQUÊNCIA.

ASPECTO DA ASSISTÊNCIA E ALUNOS QUE CONCLUIRAM CURSO.

ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO IPH

ORAÇÃO PROFERIDA PELO DR. REYNALDO NEVES DE FIGUEIREDO SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

Exmo. Snr. Presidente, Professor Doutor Zeferino Vaz
Exmos. Snrs. Membros da Mesa
Senhores Professores do I.P.H.
Caros alunos
Meus senhores e minhas senhoras

Dupla é a minha satisfação nesta noite: A primeira porque, na qualidade de membro do I.P.H., vejo que os esforços na realização dos objetivos do Instituto vão se coroando de êxito; a segunda satisfação é que, como Superintendente do Hospital do Servidor Público Estadual, cabe-me a honra de hospedar os ilustres participantes desta solenidade.

Hoje, logo mais, será feita a entrega de certificados aos alunos que concluíram o Curso de Segurança em Hospitais e nesta mesma solenidade dar-se-á a instalação do Curso de Técnica Asséptica e de Esterilização.

A experiência de vários anos na administração hospitalar colocame à vontade para um rápido testemunho em favor dessa iniciativa do I.P.H. e do seu significado em face da moderna organização hospitalar.

Longe está o dia em que os hospitais significavam apenas Casas de Misericórdia. Com o progresso da ciência médica houve também uma evolução do conceito Hospitalar, no que diz respeito ao aspecto físico, ficando, contudo, preservado o seu espírito, dotes inalienáveis da nossa formação e do sentido humano dos nossos atos.

O que pretendo dizer com isso é que, com o progresso da ciência, novas medidas se fizeram necessárias a fim de obter melhores resultados no tratamento médico e na preservação de uma vida.

As novas descobertas, os novos conhecimentos, levaram os estudiosos do assunto a conceber novas dimensões do problema hospitalar em face das modernas técnicas científicas. Tal interêsse repercutiu sôbremaneira nas profissões e atividades afins que hoje em dia têm sido objeto de estudos e cursos especializados, cujas normas e critérios informam a arquitetura e a própria legislação do país.

Daí o interêsse do Hospital do Servidor Público nos cursos do I.P.H., porque é através dêles que se torna possível o preparo do pessoal especializado, tão necessário e escasso ao nosso empreendimento. Não é possível atingir-se o padrão hospitalar almejado sem que se conte com pessoal capacitado nas várias e múltiplas funções de um complexo organismo hospitalar, modernamente concebidos.

E, porque não é mais possível permanecer na fase das improvisações devemos destacar enfàticamente o I.P.H., como um dos vanguardeiros nessa nobre missão de formar profissionais e técnicos conscientes da sua importância na mais sublime das tarefas que é a de salvar vidas humanas.

Para o administrador hospitalar, a certeza de contar com elementos capazes e conhecedores do seu mister, significa tranquilidade e segurança no desempenho de suas funções.

Para o doente, aquêle que deposita num hospital as últimas esperanças de continuar vivendo (em muitos casos), significa a confiança de se entregar nas mãos de alguns que êle sabe altamente capacitados para tratar do seu caso.

Assim, vemos que a iniciativa do I.P.H. significa muito mais do que a simples formação de técnicos, mas é revestida de um alto conteúdo humano, próprio dos espíritos que escolhem êsse campo de trabalho.

Porisso, registro neste momento, as minhas congratulações aos que hoje recebem seus certificados, augurando-lhes o mais completo êxito na sua tarefa de bem servir o próximo. Que tudo o que aprenderam seja aplicado aos que dêles dependem, com o mais elevado empenho profissional. Exorto-os a usarem o que aprenderam no curso, em todos os momentos de sua vida profissional, não transigindo jamais na quebra de princípios básicos de sua técnica.

Meus parabéns aos que hoje recebem seu certificado.

Meus parabéns aos que se inscreveram no novo curso.

Para concluir, permito-me ainda uma palavra sôbre essa iniciativa do I.P.H.:

Do modo como se afigura a disposição dêsse Instituto e contando êle com patronos e mestres do porte do Prof. Zeferino Vaz; contando ainda com professôres de alto gabarito técnico-profissional, está o I.P.H. com lastro suficiente para se constituir em muito pouco tempo, num dos mais completos cursos de Administração Hospitalar do Brasil.

Concluo agradecendo a oportunidade destas palavras que teve por objetivo, apenas, homenagear modestamente os esforços de todos os senhores.

DR. AMADOR CINTRA DO PRADO

DR. NEMÉSIO BAILÃO

DR. EUDORO BERLINCK

SOLENIDADE DE ENCERRAMENTO DO 1.º CURSO DE SEGURANÇA EM HOSPITAIS

ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO 1.º CURSO DE SEGURANÇA EM HOSPITAIS

Irmã Maria Celsa
Irmã Maria José
Irmã Maria Romana
Irmã Maria do Menino Jesus Iasi
Irmã Maria da SSma. Trindade Iasi
Irmã Tereza Augusta Buoro
Irmã Maria Odila Andrade de Queiroz
Irmã Maria Valeriana
Irmã Maria Angela N. Avelar
Irmã Maria Irinéia de Oliveira
Irmã Maria José da Matta Garcia
Irmã Maria Paulina Gonçalves
Irmã Maria Ignez Geron
Irmã Evangelina Maria
Irmã Judith Maria Muniz
Irmã Maria de Fátima
Dr. Jarbas Karman
Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo
Dr. Ruy Büller Souto
Dr. Affonso Antunes
Dr. Mathias Antunes
Dr. Eduardo Amaro
Dr. Raul de Souza Amaral
Dra. Floriza Lemos Leite
Enf. Neusa Gonçalves Escobar
Enf. Emi Asao
Enf. Miriam Dormeyer
Enf. Maria Mantoanelli
Enf. Maria Lucia Menêzes Regis
Enf. Maria Tereza Campos
Enf. Iracy Siqueira
Enf. Elzira Horschutz
Enf. Nédya Dorsa
Enf. Elizabeth Lopes Correia
Enf. Maria de Lourdes Marasco
Enf. Nadir Ferreira Bastos
Aux. de Enf. Maria de Lourdes Andrade
Sr. Arlindo Antônio Mattos
Sr. Enoch Gonçalves Silva
Sr. Joaquim Barros Netto

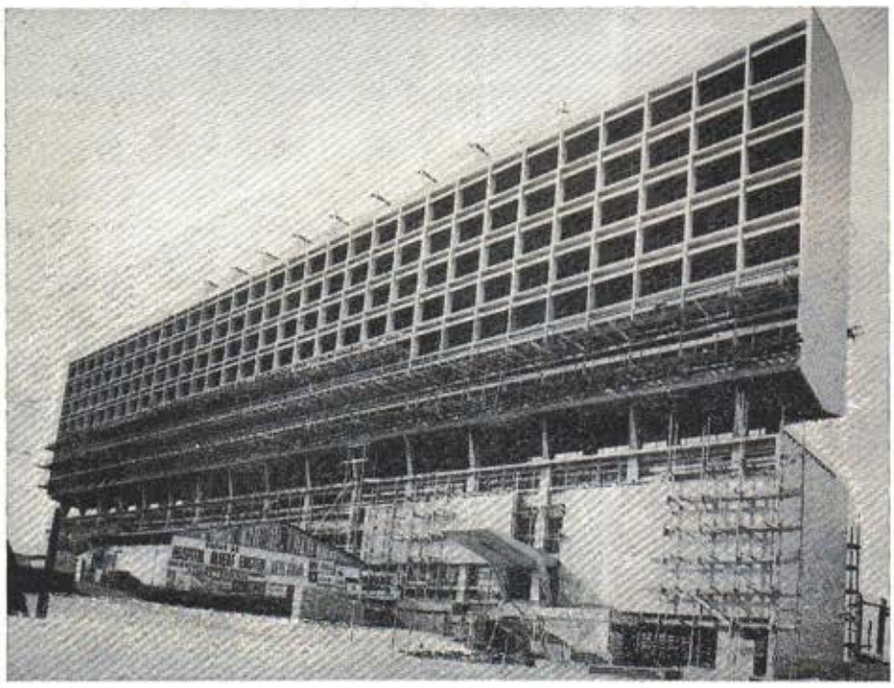
ALUNOS QUE PARTICIPARAM DO 5.º CURSO DE TECNICA ASSEPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

Irmã Fulvia Perin
Irmã Silviana Salomão
Irmã Claudimira Merino Miranda
Irmã Cleamaria Simões
Irmã Maria Cacilda
Irmã Maria Juliana
Irmã Maria Lucia
Irmã Filomena
Irmã Maria Adelaide Borges Ribeiro
Irmã Maria Raquel Nogueira
Irmã Maria Valéria de Andrade
Irmã Maria Aureliana Serpente
Irmã Maria Cecilia
Irmã Maria Angelina
Irmã Ana
Dr. Cicero Aurélio Sinesgalli
Dra. Floriza Lemos Leite
Dr. Jarbas Karman
Dr. Reynaldo Neves de Figueiredo
Dr. Ruy Büller Souto
Enf. Margarida Rocha
Enf. Euzébia Gonçalves Noleto
Enf. Shirley Correia da Costa
Enf. Raimunda Santos Pereira
Enf. Hylnar Marcia de Menêzes
Enf. Clotildes Rosa Rodrigues
Enf. Wilma Maria de Souza
Enf. Maria Barreto
Enf. Aguimar Rezende
Enf. Clarisse Genaro
Enf. Peter Latino Viueiros
Enf. Maria José Moura
Enf. José Alfredo Belmonte
Enf. Maria Gertrud Vermeer
Enf. Maria de Campos
Enf. Siberdina K. Biersteher
Enf. Iracy Siqueira
Enf. Alzira Ferreira Vinhas
Enf. Palmira Nair dos Santos
Sr. Leonell Zillo
Sr. Andréa Ghisi
Sr. Marco Antônio de M. da Silva Loureiro
Srta. Maria Léa Munck
Srta. Juventina Camargo Sanches
Sr. Ariovaldo Gribeler
Srta. Maria Tereza P. Medeiros
Srta. Josefa Guzon
Sr. Joszef Zoltay
Aux. de Enf. Tereza Linfosina de Jesus
Aux. de Enf. Maria de Lourdes Andrade
Aux. de Enf. Maria de Lourdes Pimentel
Aux. de Enf. Laercio Vieira de Moraes

HEMEL

HEMEL - HIDRO - ELETRO - MECÂNICA DE ENGENHARIA LTDA.

RUA CONSELHEIRO CRISPINIANO, 69 - 11.º ANDAR - TEL. 35-4473 E 35-0180 - SÃO PAULO



Obras do Hospital Albert Einstein — Instalações elétricas a cargo da H E M E L

INSTALAÇÕES

ELÉTRICAS PARA:

hospitais

cabines de alta tensão

cinemas

clubes

edifícios de apartamentos

edifícios de escritórios

hotéis

indústrias

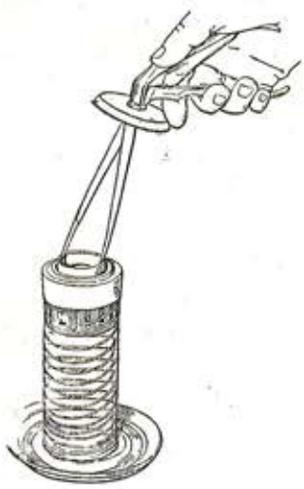
laboratórios

lojas

postos de gazolina

STERILPINS

A PINÇA DE ESTERILIDADE PERMANENTE



IND. BRAS.
PAT. REG.

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

STERILPINS: foi especialmente construida para:

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

IND. "STERILPINS" LTDA., RUA CEL. XAVIER DE TOLEDO, 210 - 6.º and., cj. 64 - FONES: 36-3889/35-2687

LIVRO — TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

Nas páginas que se seguem, **Hospital de Hoje** tem o prazer de oferecer, aos seus leitores e alunos do **IPH**, mais alguns Capitulos do seu livro **Técnica Asséptica e de Esterilização**, cuja publicação foi iniciada no Volume 15.

Sendo livro formado por folhas soltas e numeração por Capitulo ensejará a sua permanente atualização, com a adição de sucessivas publicações sôbre novos produtos, técnicas, equipamentos e progressos.

ESTERILIZAÇÃO POR VAPOR DÀGUA

J A R B A S K A R M A N

Quando acompanhando a evolução da autoclave, através da História, se toma conhecimento:

— de que a precariedade da fervura já fora reconhecida em 1876 e a excelência do calor úmido a 121°C, em 1878
— que a primeira autoclave data de 1880
— que, em 1890, já se dotavam os esterilizadores com termômetros, manômetros e válvulas de segurança.
— que, em 1915, as autoclaves já se valiam do processo de gravidade para a eliminação do ar pela parte inferior, anterior
— e que, em 1919, se festejava o advento dos purgadores automáticos de ar e condensado,

quando se toma conhecimento dessas e de outras conquistas mais, acumuladas através de meio século de ingentes esforços, todas voltadas para a segurança humana, contra a infecção, o sofrimento e a morte inútil, então, avulta inconcebível e criminosa a existência e o emprego, em nossos dias, de autoclaves para esterilização, desprovidas dos seguintes elementos:

— termômetro
— manômetro
— entrada de vapor pela parte posterior-superior
— saida de ar e condensado pela parte anterior, inferior
— purgador automático de ar e condensado
— descarga em funil, com fenda de ar
— válvula de segurança
— porta de segurança
— preventor de vácuo

Todos eles, vitais para a preservação da integridade do homem.

HISTÓRICO

A autoclave, para fins de esterilização, resultou, em última análise, de controvérsia havida em 1876, entre o químico e o bacteriologista francês, Louis Pasteur, e o médico inglês, Bastian, a respeito da precariedade da fervura a 100°C.

Finalmente, convencido da pouca segurança oferecida pela fervura, a 100°C, Pasteur inaugurou o conceito da necessidade de ser atingida a temperatura de 120°C, para obtenção de efetiva esterilidade. Ao mesmo tempo, Pasteur estabelecia as temperaturas de 100°C e 200°C durante meia hora, para a esterilização de frascos, tubos, algodão, etc., em estufas a gás.

Em 1876-1880, o colaborador de Pasteur, Charles-Chamberland, construiu o primeiro aparelho que possibilitava a obtenção de temperaturas da ordem de 120°C e superiores.

A primeira autoclave baseou-se no "digestor a vapor", inventado em 1680, pelo físico francês, Denys Papin, colaborador de Robert Boyle, para o cozimento de alimentos. Apresenta, também o primeiro uso da válvula de segurança para o controle da pressão do vapor.

Datam de 1878 as palavras abaixo, proferidas por Pasteur, perante a Academia de Medicina, quando apresentou a sua teoria sôbre os germens:

"Se eu tivesse o privilégio de ser cirurgião, convencido que estou dos riscos causados pelos germens, disseminados pelas superfícies de todos os objetos, particularmente nos hospitais, não só usaria instrumentos absolutamente limpos, como após lavar minhas mãos com o maior cuidado e passá-las ràpidamente por uma chama (fácil de ser feito com alguma prática), eu sòmente me utilizaria de ataduras e compressas que houvessem prèviamente sido elevadas ao calor de 130°C à 150°C; eu unicamente utilizaria água que tivesse sido aquecida a uma temperatura de 110°C a 120°C. Não obstante tudo isso, eu teria ainda que temer os germens suspensos na atmosféra, em tôrno do leito do paciente; todavia, a observação diária revela, que o número daqueles germens é pràticamente insignificante quando comparado ao daqueles espalhados sôbre a superfície de objetos, ou na mais limpida das águas".

A EVOLUÇÃO DA AUTOCLAVE pode, pois, assim ser sumarizada:

Em 1680 — o físico francês, Denys Papin inventa o digestor a vapor (panela de pressão), que aprimora com a primeira válvula de segurança. Descobre que o ponto de ebolição dos liquidos varia com a pressão.

Em 1765 — Lazzaro Spallanzani, naturalista italiano, descobre o valor do calor na destruição de bactérias e na esterilização de líquidos.

Em 1807 — John Dalton, químico inglês, formula a Lei das Pressões Parciais.

Em 1832 — William Henry, químico inglês, estuda a ação desinfetante de temperaturas crescentes; concebe uma estufa esterilizadora pela qual imuniza roupas infectadas.

Em 1861 — Louis Pasteur, químico e bacterilogista francês, cria o processo da pasteurização.

Em 1876 — Inst. Lucas Championniers, trabalhando com Pasteur, inventa um esterilizador a vapor a 120°C.

Em 1876 — Pasteur se capacita de que fervura a 100°C não é suficiente e que 120°C são necessários.

De 1876-1880 — Charles Chamberland, colaborador de Pasteur, constroi o primeiro aparelho que possibilita a obtenção de temperaturas de 120°C e acima.

Em 1877 — John Tyndall, físico inglês, descobre os esporos e o processo de esterilização fornecida por fervura intermitente. Inteira-se do papel da umidade no desenvolvimento e destruição de bactérias.

Em 1878 — George M. Sternberg, norte-americano, estuda a temperatura letal de bactérias patogênicas. Determina que organismos não esporulados são destruídos em 10 minutos de exposição à temperatura de 62-70°C e que os esporulados são destruidos em 5 minutos à exposição de 100°C ao calor úmido.

Em 1880 — Charles Chamberland, bacteriologista francês, aluno e colaborador de Pasteur, constroe a primeira autoclave a vapor sob pressão. Dotou-a de válvula de segurança e saída de ar.

De 1880-1881 — Robert Koch, bacteriologista alemão, aperfeiçoou o esterilizador a vapor sem pressão, usado na esterilização fracionada de meios de cultura.

Em colaboração com Wolffhügel, demonstrou a remarcada diferença sobre as bactérias entre o calor sêco e o calor úmido e a eficiencia do vapor dágua sob pressão, sôbre o vapor a pressão atmosférica Aplicou vapor úmido na desinfecção de roupas e colchões. Descobriu o alto poder de penetração do vapor comparado ao ar seco.

Em 1883 — Wilmot Castle Company, U.S.A., fabrica a primeira panela de pressão Arnold e depois o esterilizador Arnold com vapor fluente.

Em 1885 — Curt Schimmelbusch, cirurgião alemão, foi o primeiro a utilizar a autoclave a pressão, para esterilizaçao de tecidos. Recomendou a adição de 1% de Carbonato de Sódio à água fervente, para melhorar suas propriedades bactericidas e anti-corrosivas.

Em 1888 — Ervin Von Esmarch, encareceu o valor de máxima quantidade de água no vapor saturado e recomendou o teste bacteriológico para prova de esterilidade,

Max Rubner provou o decréscimo do poder microbicida do vapor, proporcionalmente à quantidade de ar presente.

Em 1888 — W. Budenberg, firma alemã, constroi um "desenfetor" de roupa e colchões, utilizando vapor fluente, sob orientação de Koch.

Em 1888 — Ernst von Bergmann introduz a esterilização pelo vapor em cirurgia.

Em 1888 — Hugo Davidsohn, assistente de Koch, demonstra a praticabilidade do uso de água fervente na esterilização de instrumentos cirúrgicos.

Em 1888 — Sprague-Schuyler Company e Kny-Scheerer Company, de Nova York, introduzem a porta à prova de vapor, travada com sistema de braços radiais.

Em 1888 — Erwin Von Esmarch — estuda o efeito do vapor superaquecido em autoclaves; propôs a constatação rotineira de esterilização com provas bacteriológicas.

Em 1888 — J. J. Kinyoun e W. H. Francis constróem um desinfetor a vapor e formaldeido. Introduzem a câmara externa e a admissão do vapor pela parte superior. Para eliminação do ar, antes da admissão do vapor, recorrem ao vácuo parcial.

Na esterilização com formaldeido, admitem vapor só na câmara externa, a fim de obter 90°C na câmara de esterilização.

Em 1890 — A. V. M. Sprague, instala no Rochester City Hospital, Estado de Nova York, o primeiro esterilizador completo de vapor a pressão, dotado de termômetro, manômetro e válvula de segurança.

Em 1890 — Desinfetor Dumond — Modêlo francês, muito usado na Europa, era horizontal, porta dupla, utilizava 7 lb/pol2 de pressão (111°C), distribuia o vapor por cano perfurado do comprimento do cilindro. Dispunha de serpentinas na parte superior e inferior, para prevenir a condensação do vapor e secagem dos tecidos.

Em 1895 — Sprague-Schuyler Co., constroem um esterilizador horizontal, de portas duplas, dotado de manômetro e termômetro e destinado a receber roupa infectada por uma porta e saida de roupa esterilizada pela segunda porta. Era externamente revestido por sarrafos de madeira.

Em 1895 — Primeira tentativa de uso de filtro de ar, em esterilizador de água, dotado de termômetro e filtro de água. O filtro compunha-se de uma mecha de algodão, que era trocada diàriamente.

Em 1895 — Sprague Schuyler Company — publica o livro "Pressure Sterilization — The necessity to the Best Results in Aseptic Surgery".

Em 1899 — E. K. Sprague, desaconselha o uso do formaldeido, mesmo sob temperaturas elevadas.

Em 1900-1915 — uso generalizado do chamado "sistema de controle a vácuo". O vácuo recomendado de 5 a 15 polegadas era obtido por ejeção de vapor.

Em 1915 — W. B. Underwood, introduz processo de gravidade para a eliminação do ar das autoclaves. Dota-as de dreno de descarga na parte inferior, anterior, o que permite ao operador observar a descarga de ar e condensado para o balde localizado pouco abaixo. Quando a descarga passava a ser vapor vivo, a válvula era fechada, reduzindo ao mínimo a saida permanente.

Em 1919 — Scalan, Larson e Clark introduzem o purgador automático de ar e condensado.

Em 1919 — conexões de água e de esgôto são aperfeiçoados. A fenda de ar é introduzida na linha de esgotamento para evitar o refluxo de esgôto para dentro da autoclave. Precauções são tomadas para evitar a contaminação da autoclave por água poluída e a poluição da rêde de abastecimento a partir da autoclave.

(Continua)

INSCRIÇÃO N.º.....

FÔLHA DE INSCRIÇÃO PARA O 6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

Inscrição: IPH — Rua Xavier de Toledo 210 - S/64 **Tels.: 36-3889 - 35-2687** **Início: 3 de agôsto de 1964**
Curso: Auditório do Hospital do Servidor Público **São Paulo** **Horário: 2a. à 6a.-feira das 20 às 22 hs**

Solicita-se às pessoas interessadas preencher esta fôlha de inscrição e remetê-la, juntamente com a taxa de inscrição, para IPH — **Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares** — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64 - São Paulo.

NOME ..... É SÓCIO DO IPH? .....

IDADE ..... SEXO ..... PROFISSÃO .....

INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA ..... ENDEREÇO .....

RESIDÊNCIA ..... N.º ..... FONE ..... CIDADE .....

ESTADO ..... CURSOS, ATIVIDADES HOSPITALARES E OBSERVAÇÕES .....

.....

..... DATA ..../..../.... ASSINATURA .....

Obséquio preencher à máquina ou letra de forma.
Importante: As inscrições serão limitadas à capacidade do Auditório, terão preferência os primeiros inscritos.
Endereço: Para a remessa de inscrição, cheque, vale postal, carta ou pedido de informações: **I.P.H. — Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares** — Rua Xavier de Toledo, 210 - 6.º andar - conjunto 64.

HOSPITAL POR HOSPITAL

DIPLOMADO POR ESTERILIZAÇÃO

ADMINISTRADOR TÉCNICO EM

UM CURSO DE:

CAMPANHA

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

ENTIDADE CIENTÍFICA SEM FINS LUCRATIVOS DEVOTADA A ELEVAÇÃO DOS PADRÕES HOSPITALARES NACIONAIS. UTILIDADE PÚBLICA: ESTADUAL — LEI 4774 DE 12-8-58; FEDERAL — DEC. 44.735 DE 23-10-58. CONSELHO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL N.º 119.104 DE 16-12-59.

ESCOLA PARA FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES DO I. P. H.

CURSOS: Administração Geral; Administração Hospitalar; Organização e Método; Psicologia do Trabalho; Planejamento e Equipamento de Hospitais; Planejamento e Administração de Unidades Sanitárias; Orçamento e Contabilidade; Apropriação de Custo; Administração de Pessoal; Serviços Administrativos; Serviços Médicos do Hospital; Serviços Técnicos; Técnica Asséptica e de Esterilização; Segurança em Hospitais; Arquivo Médico e Estatística; Relações Públicas; Supervisão e Chefia; Administração de Centro Cirúrgico; Manutenção e Conservação de Hospitais; Dietética; Enfermagem; Serviço Social Médico; Diagnóstico e Tratamento.

OBJETIVO DOS CURSOS PARCELADOS: Facultar, a todos os interessados, especialmente para os do Interior do Brasil, a possibilidade de cursar a Escola de Formação de Administradores e Consultores Hospitalares, sem prejuízo de suas atividades profissionais. Os cursos são intensivos, de curta duração, repetidos periòdicamente, sem obrigatoriedade de sequência.
Nos moldes em que foi criada, a Escola visa a proporcionar aos dirigentes das organizações hospitalares de nosso país, os meios e as técnicas indispensáveis para a prática de uma administração racional e científica, livre de improvisações e empirismos. Os cursos, o curriculum e a didática da ministração das aulas, são eminentemente objetivos e refletem, em grande parte, os anseios e as sugestões de numerosos dirigentes de hospitais do Interior do Brasil. A êstes, principalmente, interessam os cursos do IPH, pois, não obstante a necessidade premente de reformular seus métodos de organização e administração em bases racionais, encontram-se habitualmente impedidos de cursar as poucas escolas de ensino hospitalar especializados existentes, devido à longa duração dos períodos de afastamento de suas atividades profissionais. Na modalidade de ensino da nova Escola, cada matéria que integra o curriculum é ministrada em **curso isolado,** de duração variável e **repetição periòdica.** A frequência às aulas é livre; as Apostilas são enviadas aos alunos pelo Correio; entretanto, a presença aos exames finais, teóricos e práticos, é obrigatória, no local, data e hora determinadas pela Escola.

OBJETIVO DOS CURSOS PARCELADOS: Facultar, a todos os interessados, especialmente para os do Interior do Brasil, cursar a Escola de Formação de Administradores e Consultores Hospitalares, sem prejuízo de suas atividades profissionais. Os cursos são intensivos, de curta duração, repetidos periòdicamente, sem obrigatoriedade de sequência.

DURAÇÃO DA SÉRIE DE CURSOS: aproximadamente 2 anos. Cursos já realizados: "Segurança em Hospitais", "Técnica Asséptica e de Esterilização", "Serviço Social Médico".

INSCRIÇÃO: Os cursos destinam-se a Diretores de Hospital, Médicos, Enfermeiras, Técnicos e demais interessados em conhecimentos hospitalares.

DIPLOMA E CERTIFICADO: Aos alunos, aprovados em exame final, em cada curso, será conferido certificado de aprovação; aos demais, certificado de frequência, desde que tenham comparecido a 70% das aulas. Aos portadores de certificado de aprovação, em todos os cursos acima relacionados, será conferido Diploma de Administrador Hospitalar. Os portadores de Diploma de Administrador Hospitalar que defenderem tése, será conferido diploma de Consultor Hospitalar.

6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

P R O G R A M A

4.º da série de Cursos da Escola de Formação de Administradores e Consultores Hospitalares

Local do Curso: Auditório do Hospital do Servidor Público Estadual — Rua Pedro de Toledo, 1.800.
Inscrição: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e de Pesquisas Hospitalares, I.P.H., Rua Xavier de Toledo, 210, 6.º andar, fone: 36-3889.
Início: 3 de agôsto de 1964 — **Horário:** 2.a à 6.a-feira, das 20 às 22 hs.
Taxa: Cr$ 10.000,00 (dez mil cruzeiros); inscrição: Cr$ 2.000,00 (dois mil cruzeiros)
Os sócios do I.P.H., com a anuidade de 1964 em dia, são dispensados da Taxa de Inscrição.
Número de vagas: O número de alunos será limitado a 60.

1 — **APRESENTAÇÃO DO 6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO.**
2 — **EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DA ASSEPSIA.**
Histórico; evolução; importância do tratamento asséptico das feridas etc.
3 — **FUNDAMENTOS DE MICROBIOLOGIA.**
4 — **DESTRUIÇÃO FÍSICA DAS BACTÉRIAS.**
Teoria da sua destruição — resistência térmica das bactérias; influência da presença da água na temperatura de coagulação do protoplasma. Tempo de morte dos vários espóros pelo calor (vapor) etc.
Ação dos raios solares, dos raios ultra-violetas, dos raios X, do frio, ao calor ,da flambagem, etc. Ação dêsses agentes sôbre vegetativas e esporuladas.
5 — **DESTRUIÇÃO QUÍMICA DAS BACTÉRIAS.**
Definição de agentes químicos; mecanismos em ação; fatores que aumentam a efetividade dos agentes químicos; critérios usados na escolha de um bom agente químico; agentes químicos modernamente usados (compostos quaternários de amônio — soluções combinadas etc.); conclusões da comissão de desinfetantes químicos do IPH
6 — **ESTERILIZAÇÃO PELO CALOR SECO.**
Mecanismo de ação; tipos de aparelhos; manejo de aparelhos; temperatura usada; tipos de material esterilizados pelo calor sêco; período de exposição para cada tipo — limitações no uso do calor sêco.
7 — **ESTERILIZAÇÃO PELO VAPOR SOB PRESSÃO.**
Princípios gerais de esterilização pelo vapor; mecanismo de ação; princípios do método; escala de temperatura e pressões equivalentes; tipos de aparelhos (autoclave, lavadores e esterilizadores de instrumentos e etc.); requisitos essenciais a uma boa autoclave; vapor saturado e super-aquecido; efeito do ar dentro das autoclaves; condensação; causas que impedem o bom secamento do material após a esterilização; elétricos; contrôle da esterilização (indicadores de esterilidade e testes bacteriológicos).

PRÓXIMOS CURSOS: PLANEJAMENTO DE HOSPITAIS. ADMINISTRAÇÃO DE CENTROS CIRÚRGICOS. CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DE HOSPITAIS

UM TÉCNICO EM ESTERILIZAÇÃO POR HOSPITAL

UM ADMINISTRADOR DIPLOMADO POR HOSPITAL

PARTILHE DO IDEAL DE MAIS E MELHORES HOSPITAIS PARA O BRASIL

SENHOR .....

RUA .....

CIDADE ..... ESTADO .....

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E DE PESQUISAS HOSPITALARES

DO IPH

6.º CURSO DE TÉCNICA ASSÉPTICA E DE ESTERILIZAÇÃO

ESCOLA DE FORMAÇÃO DE ADMINISTRADORES E CONSULTORES HOSPITALARES

A FERVURA DESINFETA PRECÀRIAMENTE A AUTOCLAVE ESTERILIZA EFETIVAMENTE

8 — **DESINFECÇÃO PELA ÁGUA EM EBULIÇÃO.**

Fator destrutivo na água em ebulição; limitações da água em ebulição; como aumentar o efeito bactericida da água em ebulição; cuidados com os materiais colocados na água em ebulição; ebulição; período de exposição em água em ebulição.

9 — **PACOTES: TÉCNICA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO.**

Tambores (tipos — desvantagens). Vantagens do uso de pacotes; princípios gerais de empacotamento; tipos de coberta exterior dos pacotes; tipos de material que podem ser empacotados; colocação de material dentro de autoclave para boa esterilização; armazenamento de material esterilizado.

10 — **TIPOS DE APARELHOS DE ESTERILIZAÇÃO PELO VAPOR SATURADO SOB PRESSÃO.**

11 — **INSTRUMENTAL.**

Tipos, marcação, limpeza (manual e mecânica); uso de aparelho (ultra-som, lavador e esterilizador de instrumental); separação; técnica de preparo (bandejas, caixas, pacotes); usos; técnica de esterilização.

12 — **DESINFECÇÃO DA PELE.**

Estrutura da pele; flora bacteriana da pele; limpeza cirúrgica da pele; tipos de escovas usadas na limpeza da pele; agentes químicos usados na desinfecção da pele; ação desinfetante do álcool a 70% por peso, zefirol e outros; princípios gerais sôbre técnica de escovação das mãos; uso de saboneteiras e torneiras acionadas por pé; preparo da área operatória para operação (tricotomia e antissepsia).

13 — **TÉCNICA ASSÉPTICA USADA EM SALA DE OPERAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM FONTES DE CONTAMINAÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA.**

Uniforme privativo da S. O.; necessidade de uso de máscaras, gorros e turbantes (tipos de máscaras — maneira de usá-las — lavagem etc.); princípios gerais sôbre técnica de vestir e calçar e retirar luvas; uso de dispensadores de desinfetantes; colocação de campos na área operatória após a antissepsia da mesma; uso de fios de sutura etc.

14 — **CONTAMINAÇÃO DO AR EM SALA DE OPERAÇÃO.**

Contrôle do pó; ventilação; aparelho de ar condicionado etc.; cuidados e limpeza com o piso; aspiradores de água de lavagem, aerosois em S. O. (grupo glicol); radiações ultra-violeta (ação bactericida — efeitos nocivos etc.).

15 — **TÉCNICA DE SALA CONTAMINADA.**

Preparo de sala de operação; cuidados a serem observados durante a operação; esterilização e limpeza terminal da sala e do material após a operação.

16 — **PREPARO DE MATERIAL EM CENTRO DE MATERIAL.**

Roupa (campos e aventais) técnica de preparo e empacotamento; material de borracha (luvas, drenas e sondas), técnica de preparo e empacotamento; material de gaze e algodão (compressas, esponjas, etc.) tipos, preparo, uso; material de vidro (frascos, seringas etc.) técnica de preparo, acondicionamento, usos. Material de aço inoxidável (cubas, bacias, jarros, etc.), técnica de preparo, uso, de escovas para escovação.

17 — **TÉCNICA DE CURATIVOS EM HOSPITAIS.**

Assepsia e antissepsia usadas; infecções de feridas (cirúrgicas ou não), incidência e causas; curativos cirúrgicos e dermatológicos; reações alérgicas aos antissépticos, etc.

18 — **CONTRÔLES DA ESTERILIZAÇÃO E DA DESINFECÇÃO.**

19 — **HIGIENIZAÇÃO DO LEITE.**

Coleta; primeira higienização; provas iniciais; transporte; os tipos de pasteurização; distribuição; cuidados gerais; valor higiênico e nutritivo do leite tratado.

20 — **ASSEPSIA, ESTERILIZAÇÃO E ANTISSEPSIA NAS MATERNIDADES.**

Preparo do ambiente nas maternidades; sala de parto; salas cirúrgicas; salas de exames clínicos; berçarios; secção de casos suspeitos e infectados (isolamento); técnica asséptica e antisséptica; principais infecções peculiares do ciclo gravídico — puerperal e ao período neo-natal; epidemias e sua profilaxia nas maternidades etc.

21 — **TÉCNICA DE ASSEPSIA USADA EM BANCOS DE SANGUE.**

22 — **CONTRÔLE DE MOLÉSTIAS TRANSMISSÍVEIS.**

Classificação; fontes de contágio, precauções necessárias; técnicas com equipamentos e materiais contaminados; técnicas empregadas em moléstias contagiosas; esgotamento de água servida; comadres; desinfecção de pratos, de roupa; destino do lixo e de restos de comida; uso de avental e máscara etc.

23 — **TÉCNICA ASSÉPTICA EM LABORATÓRIOS.**

24 — **TÉCNICA ASSÉPTICA EM ODONTOLOGIA.**

25 — **CUIDADOS E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS E APARELHOS USADOS EM ANESTESIA.**

26 — **MÉTODOS DE COMBATE AOS PRINCIPAIS VEICULADORES DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS.**

27 — **DESINFECÇÃO DE ÁGUA E ESGÔTO.**

Métodos práticos de emprêgo em hospitais e em situações de emergência.

28 — **CONTRÔLES RECOMENDADOS A UM BIOTÉRIO SOB O PONTO DE VISTA DE ESTERILIZAÇÃO.**

Contrôle de animais sãos e inoculados; cuidados gerais; limpeza e desinfecção de vasilhames e de gaiolas.

29 — **CONTRÔLE MICROBIOLÓGICO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, DE ALIMENTOS E DE ACESSÓRIOS CIRÚRGICOS EM GERAL.**

Provas utilizadas no "Instituto Adolfo Lutz" para contrôle microbiológico de produtos farmacêuticos, visando a pesquisa de germes aeróbios e cogumelos; presença de bactérias e cogumelos em alimentos líquidos e sólidos; significados em Saúde Pública; provas de esterilidade.

30 — **AULAS PRÁTICAS E PROJEÇÃO DE FILMES.**

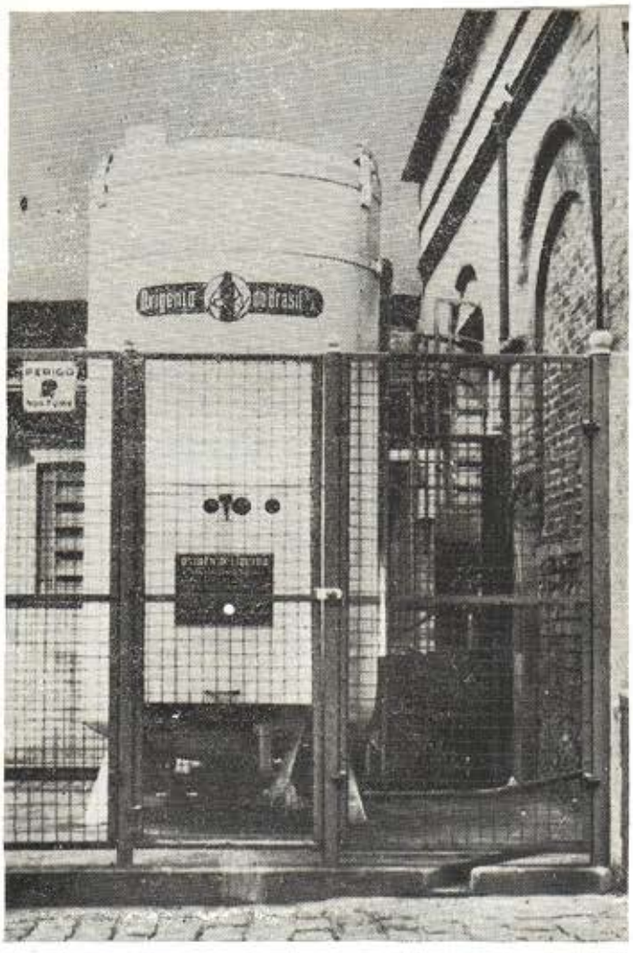
Em dia e horário a serem marcados em comum acôrdo com as instituições a visitar.

31 — **PROVA ESCRITA.**

Referente a um item de cada Capítulo do programa, em data a ser fixada.

32 — **ENTREGA DE CERTIFICADOS.**

Em data a ser fixada.



O domínio de normas de segurança na gasoterapia é primordial. Devemos nos cercar de tôdas as precauções no uso de qualquer gás. O gás oxigênio, em virtude de sua atividade química e formas de distribuição, deve ser objeto de conhecimentos de utilização e segurança, sem os quais sempre corremos o risco de graves acidentes.

Assim, o objetivo é esclarecer os perigos a que estamos sujeitos, — manipuladores e pacientes — quando, sem a necessária segurança, usamos êsse gás.

SEGURANÇA NA INSTALAÇÃO E USO DE OXIGENIO

WALDOMIRO DOS SANTOS
Engenheiro da Oxigênio do Brasil S.A.

Aula proferida no 1.º Curso de Segurança em Hospitais da Escola para Formação de Administradores e Consultores Hospitalares do Instituto Brasileiro de Segurança.

1. — INFLAMAÇÃO E EXPLOSÃO EM PRESENÇA DE ÓLEO

O oxigênio não é um combustível. E' o gás comburente, por excelência. Desta forma, sòmente poderá provocar uma combustão no caso de ser posto em contato com um combustível.
Para haver combustão há necessidade de existir, simultâneamente combustível mais comburente e uma fonte de calor.

Combustível + Comburente + Fonte de Calor = Combustão

O combustível pode ser álcool, éter, ciclopropana, gasolina, óleo, graxa, tecidos, algodão, madeira, acetileno, propana, etc.
Comburente — o oxigênio em forma liquida, gasosa ou como componente de outras substâncias.
O calor pode provir de uma chama, faísca, atrito, etc. Por fonte de calor subentende-se também uma zona que tenha nível de temperatura suficiente para que haja uma combustão: oxidação espontânea.
Desta forma, as centrais e as canalizações de oxigênio não podem estar próximas a fontes de calor e áreas ou tubulações que contenham substâncias combustíveis.
Como se verifica, o equipamento que permaneça em contato com o oxigênio não pode conter óleo ou graxa, que, às vêzes, inadvertidamente, são usados como lubrificantes nos aparelhos.
Usam-se como "desengordurantes" as substâncias adiante mencionadas. Entretanto, embora não sejam inflamáveis, tôdas elas são tóxicas.

Solventes para limpeza de peças gordurosas

a) **Tricloretileno** — E' recomendado, salvo quando se tratar de peças de alumínio.
b) **Tricloretano ou cloretano** — E' recomendado, salvo quando se tratar de limpeza de peças de aluminio.
c) **Percloretileno** — Deve ser utilizado preferível e principalmente para peças de alumínio.

Êsses solventes devem ser sempre empregados para lavagens de peças FRIAS e em local bem AREJADO.
O armazenamento dêstes produtos deve ser feito em lugar bem ventilado e fora de contato com outras mercadorias.

2. — ACIDENTES COM TUBOS DE OXIGÊNIO

2.1 — O oxigênio é fornecido, normalmente, à pressão de 150 kg/cm² = 2.130 lb/pol². Para esta pressão, a embalagem deve ser bastante resistente. Usam-se cilindros de aço, ainda não produzidos no Brasil, que devem ser testados de 5 em 5 anos. O teste é uma prova hidráulica a pressão maior que 225 kg/cm², em que se confirma se o material ainda está trabalhando em regime elástico. Sendo as provas hidráulicas feitas conscientemente, não há perigo de fadiga do material.
2.2 — O transporte dos cilindros não apresenta perigos, mas torna-se difícil em virtude do seu pêso.
A queda de um cilindro pode provocar a abertura ou quebra da válvula de fechamento e, em consequência, poderão ocorrer sérios acidentes. Se o gás, que se encontra escapando, entrar em contato com um combustível (por exemplo óleo) haverá perigo de uma combustão.
Portanto, os cilindros devem estar sempre sôbre uma superfície plana e com cinta de segurança, ou amarrados em carrinhos. Se ligados a uma central de difícil acesso a estranhos, não há necessidade de cinta de segurança.
Tome sempre as seguintes precauções:

— Não deixe cilindros na proximidade de fontes de calor — fornos, forjas, caldeiras, etc.). A pressão de 150 kg/cm2 a 15°C passa à 176 kg/cm2 a 50°C.
— Não transporte cilindro sem a tampa protetora.
— Não utilise um cilindro como bigorna, rôlo ou contrapêso.
— Evite colocar cilindros em atmosferas inertes.
— Não bata com martelo, ou outro objeto, na válvula de fechamento.
— O volante da válvula de fechamento deve ser aberto lentamente, mas, até o fim.
— Caso a válvula de fechamento de um cilindro se encontre com vasamento, avise a firma fornecedora do gás. Esta deverá substituí-lo. Indique o número do tubo e informe, se possível, o ponto da válvula em que está ocorrendo o vasamento.

— Não mexa no cilindro com as mãos sujas de óleo ou graxa nem engraxe nunca a válvula de fechamento.

— Chame os gases pelos seus nomes certos. Ex.: não chame o oxigênio de "ar".

— Utilize a identificação de côres da ABNT.

O transvasamento entre dois ou mais cilindros de oxigênio deve ser evitado. Entretanto, nunca queira encher com oxigênio um cilindro que contenha outro gás.

Os cilindros que devam ser destinados a um gás diferente daquêle com o qual são normalmente carregados devem ser entregues às firmas especializadas para que sejam devidamente preparados.

3. — EXPLOSÃO DE FRASCOS DE VIDRO — (ARMADILHA DE ÁGUA)

3.1. **Válvula de Redução** — E' um aparêlho destinado a reduzir pressões de fluídos armazenados, de nível geralmente superior ao de utilização, mediante perdas de carga provenientes do fluído em movimento.

Êste aparêlho tem a característica de manter pràticamente constantes a pressão a jusante, e consequentemente a vasão, independentemente da flutuação da pressão a montante.

As válvulas de redução (reguladores de pressão que possuem um fluxômetro, medidor de vasão) podem ser de dois tipos quanto ao princípio de funcionamento de medida da vasão:

a) **por ação da pressão:** um manômetro comum possui um mostrador que, em função da pressão, marca a demanda do fluído. Ao se interromper a passagem do fluído, o ponteiro continuará mostrando uma vasão (maior do que aquela que estava sendo utilizada).

b) **por ação dinâmica:** as moléculas do fluído "chocam-se" contra uma superfície do ponteiro e o acionam permitindo, assim, a leitura da vasão. Ao se interromper a passagem do fluído, o ponteiro voltará à posição inicial, marcando vasão zero.

Um cilindro de oxigênio nunca deve ser utilizado sem uma válvula de redução, cuja "porca" de ligação ao cilindro não pode conter óleo, graxa ou qualquer substância combustível.

Antes de colocar a válvula de redução no cilindro, limpe a "bôca" da válvula com um rápido jato de oxigênio e, ao abrir lentamente o cilindro, ponha-se de lado, pois uma "passagem direta" na válvula de redução poderá quebrar o manômetro de baixa pressão.

3.2. Na utilização de tubos avulsos, pode ocorrer na válvula de redução, que também mede vasões por meio de um debímetro, uma "passagem direta": alguma pequena partícula impede que o seu obturador se feche completamente e desta forma, a pressão de saída da válvula tende a igualar-se à alta pressão que existe no tubo. Se a segurança da válvula de redução não operar em baixa pressão, o aumento de pressão no frasco fará com que êste quebre. As válvulas de redução devem, pois, ser de boa qualidade e as reparações que exigem terão que ser feitas em oficinas especializadas.

3.3. Quando se utiliza uma canalização de oxigênio, as explosões de frascos também podem ocorrer se a válvula de redução da central der passagem direta e sua segurança não funcionar para baixa pressão.

Devem-se instalar na canalização "conjuntos de 2.ª redução", compostos de uma válvula de redução, que mantém a pressão de saída constante, mesmo com a variação da alta pressão (desta forma a pressão no frasco não atingirá valores perigosos) e de uma válvula de fechamento, que permitirá, numa eventual necessidade, isolar grupos de tomadas.

4. — UTILIZAÇÃO DE CILINDROS AVULSOS E DISTRIBUIÇÃO DE GASES POR MEIO DE CANALIZAÇÕES.

Nas normas hospitalares de alguns países, especifica-se que a distribuição de gases deve ser feita por meio de canalizações.

4.1. **O emprêgo de cilindros avulsos,** embora não possa ser completamente evitado, oferece (além dos fatores negativos de higiêne, depressão psicológica no doente pela presença do "torpedo" e a descontinuidade no fornecimento devido à troca de cilindro) as seguintes desvantagens:

— perigo de cair o cilindro no chão por estar mal apoiado, devido a um defeito do chão, por estar sem a cinta de segurança ou por esbarrão de alguma pessoa;

— possibilidades de vasamento na válvula de fechamento do cilindro, o que poderá tornar o ar do ambiente superoxigenado;

— a rôsca da válvula de redução, ao ser colocada no cilindro, poderá inadvertidamente conter óleo ou graxa;

— possibilidade de vasamento pela "porca" da válvula de redução colocada no cilindro;

— possibilidade de haver "passagem direta" na válvula de redução colocada no cilindro.

Assim, sempre que possível, deve-se utilizar a:

4.2. **Distribuição de gases por meio de canalizações**

I. **Central automática**

Consta de: a) duas rampas — "Manifolds" — em tubo de cobre, alta pressão e flexíveis de cobre "serpentinas" para ligação dos cilindros às rampas.

b) um "quadro de redução e comutação automático", composto de dois manômetros de alta pressão (um para cada lado da rampa), duas válvulas de redução, com válvulas de segurança e um manômetro de contato elétrico.

As rampas, montadas com o "quadro de redução e comutação automático", trabalham alternada e automàticamente, ficando uma em serviço e a outra em reserva.

A passagem de uma rampa para a outra é automática, sem intervenção pessoal, o que garante a segurança de se dispor sempre de gás.

Um sinal elétrico avisa a troca automática da rampa e é sòmente necessário que o responsável providencie a substituição da rampa vasia.

A única manobra para a troca dos tubos é a mudança, de um lado para o outro, da alavanca, que se encontra acoplada aos volantes das válvulas de redução.

II. **Canalização**

Deverá ser feita em tubo, que não oxide, prèviamente desengraxado com tratamento especial, juntas e conexões soldadas.

III. **Conjuntos de 2.ª Redução**

Êstes conjuntos permitem a constância no fluxo de oxigênio. São compostos de uma válvula de seccionamento e uma válvula de redução, com volantes de regulagem e manômetro para leitura da pressão. Ficam embutidos nas paredes, dentro de uma caixa de madeira com portinhola de vidro, para fiscalização.

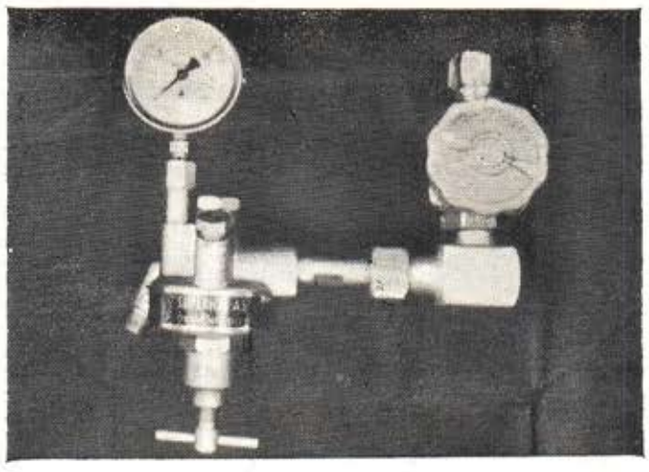
Os conjuntos de 2.ª redução são instalados para cada grupo de 20 tomadas, no máximo, dependendo da utilização e têm como funções:

a) manter vasão constante nas tomadas, seja qual fôr o número das que estiverem em funcionamento;

b) evitar acidentes em caso de eventual sôbre-pressão na canalização. A sôbre-pressão é perigosa para os debímetros e aparelhos a êstes ligados : tendas, incubadoras, aparelhos de anestesia, etc.

IV. **Debímetro (fluxômetro)**

Instalados em cada ponto de utilização do oxigênio, possuem um volante, que permite regular a vasão do gás.



5. — OXIGÊNIO LÍQUIDO

O oxigênio pode ser mantido líquido na pressão de 760 mm de Hg, quando estiver à temperatura de -183°C.

Para que não haja ebulição, é acondicionado em recipientes com paredes duplas, entre as quais se faz vácuo. Assim, evita-se a troca de calor com o meio ambiente.

A distribuição e utilização do gás, a partir do líquido, se faz da mesma forma como o oxigênio gasoso. Entretanto, são importantes as seguintes normas de segurança nos locais onde haja um recipiente de oxigênio líquido:

a) **Natureza do solo** — Proibir a utilização de qualquer material combustível: asfalto, betume, madeira, óleo, graxa, etc. Usar exclusivamente concreto ou "paralelepípedos". Os "paralelepípedos" não deverão ser assentados sôbre asfalto.

b) **Zona de segurança** — Em todos os lugares onde se opera o transvasamento de oxigênio líquido deve ser estabelecida uma zona de segurança de 5 metros. Esta zona poderá ser reduzida pela existência de paredes de tijolos, mantendo, todavia, uma boa ventilação.

Nela pode ser permitida a existência de qualquer material combustível: madeira, graxas, panos, materiais plásticos, etc.

Evitem-se ralos, esgotos e canaletas. Na impossibilidade, construir paredes de tijolos, na periferia dos mesmos, de forma a vedá-los no caso de eventual derrame de oxigênio líquido.

Para evitar que pessoas estranhas possam mexer ou fumar, junto aos reservatórios, devem êstes ficar cercados por uma cêrca de tela. Convém que exista nessa zona, equipamento de extinção de incêndio **com água.**

c) **Transvasamento** — Durante esta operação, deve ser proibida a presença de pessoas estranhas. Não poderá ser permitido que se fume nas proximidades. Aí, a atmosfera torna-se superoxigenada e, portanto, perigosa.

6. — AR SUPEROXINEGADO

A atmosfera que respiramos contém 21% de oxigênio. Êste gás não é inflamável, porém permite que os combustíveis se inflamem e queimem.

Quando o teôr de oxigênio aumenta e ultrapassa 25%, a facilidade de inflamação e a velocidade de combustão das substâncias combustíveis (como roupas, por exemplo) aumentam ràpidamente. O oxigênio, não tendo côr nem cheiro, não se pode notar sua presença; portanto, em todos os lugares baixos, onde o oxigênio, mais pesado que o ar, pode acumular-se, ou em lugares fechados, onde se usa oxigênio, é preciso observar as seguintes precauções:

Antes de entrar, observar de fora se um barbante com ponta acessa (sem chama) não inflama um tampão de algodão, quando o conjunto permanece alguns instantes na parte mais baixa do recinto. Se o algodão inflamar-se ràpidamente, é necessário, antes de mais nada, ventilar o local, soprando ar puro na parte mais baixa do recinto, com ventilador ou com um tubo de ar comprimido. O ventilador deve ter um débito por minuto da ordem do volume do lugar a arejar.

Salas fechadas, onde se processa o tratamento de oxigenoterapia ou trabalhos de solda ou oxicorte, recintos dentro dos quais se usam maçaricos, são lugares onde tais precauções devem ser tomadas **impreterivelmente.** Aí, deve-se de maneira geral, **proibir de fumar.**

Em caso de inflamação de roupas, emprega-se ùnicamente água para apagá-las.

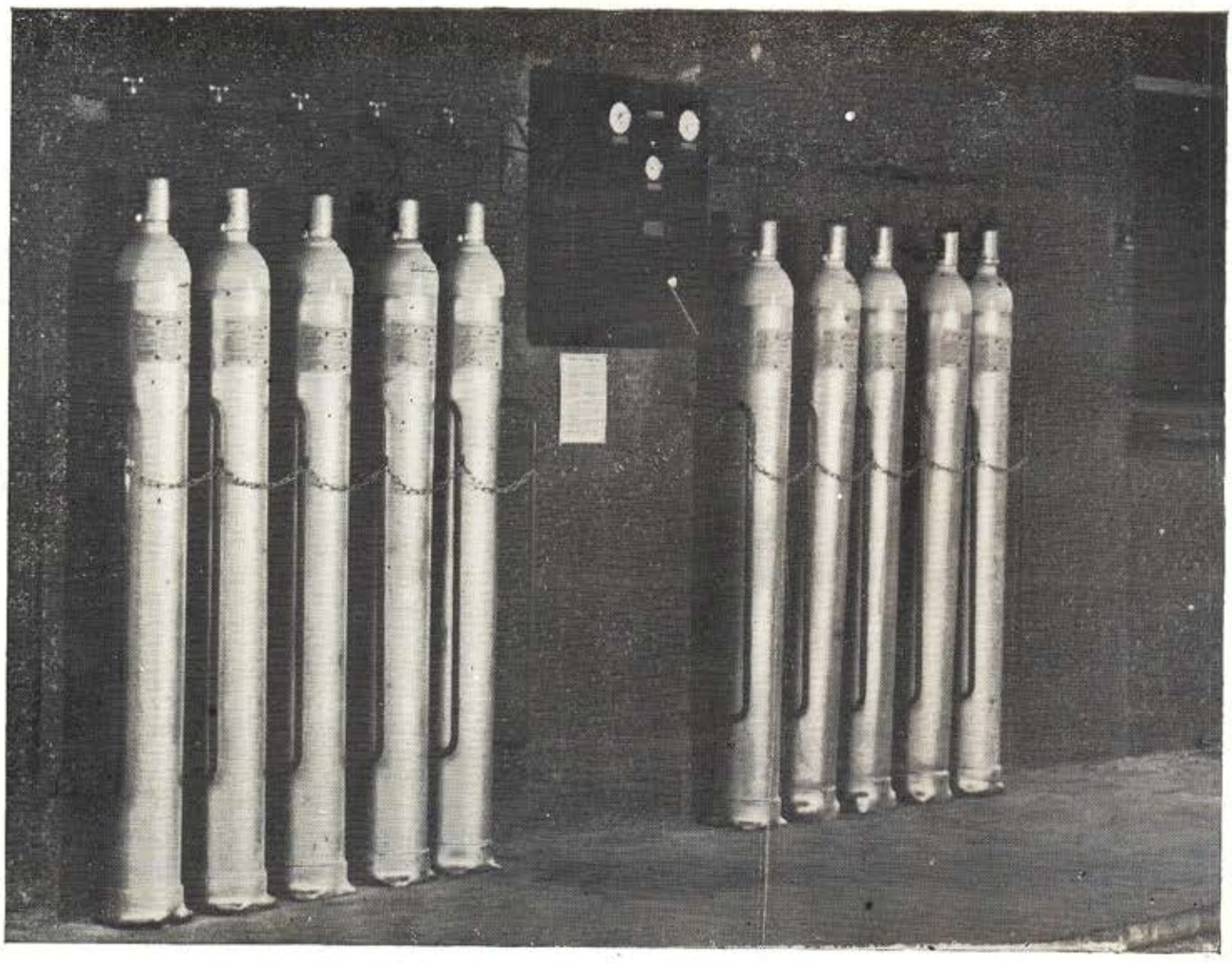
7. — NÃO USE OXIGÊNIO

— para tornar respirável" um ambiente fechado;
— para purgar ou desintupir mangueiras ou canalizações;
— para verificar a estanqueidade de recipientes;
— para ativar combustão em fornalhas, fogões, etc.;
— para substituir ar comprimido.

A Central de Oxigênio é constituída de 2 rampas com ligações para os tubos de oxigênio. As rampas trabalham alternada e automàticamente, sem intervenção pessoal, o que garante a segurança de dispôr sempre de gás. Um sinal elétrico avisa a troca automática da rampa, bastando sòmente ao responsável cuidar da substituição dos tubos do ramal vasio.

Êste automatismo é assegurado por um quadro de redução e comutação automática "GASCONTROL", patenteado. A única manobra a executar é a mudança da alavanca existente no quadro, de um para o outro lado, no momento da substituição dos tubos.

Êsse sistema de canalização comporta um duplo estágio de redução da pressão de oxigênio. Uma primeira redução é feita na central e a segunda nos CONJUNTOS DE SEGUNDA REDUÇÃO. Êstes permitem vazão constante nas tomadas, assim como a pressão desejada, além de prevenir a segurança do gás e o isolamento de grupos de tomadas.



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...

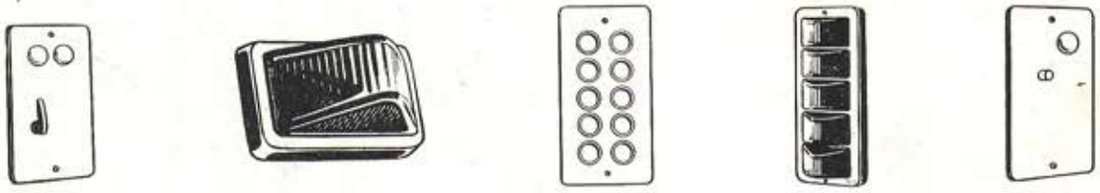
2 é respondido pela enfermeira...

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

OXIGÊNIO

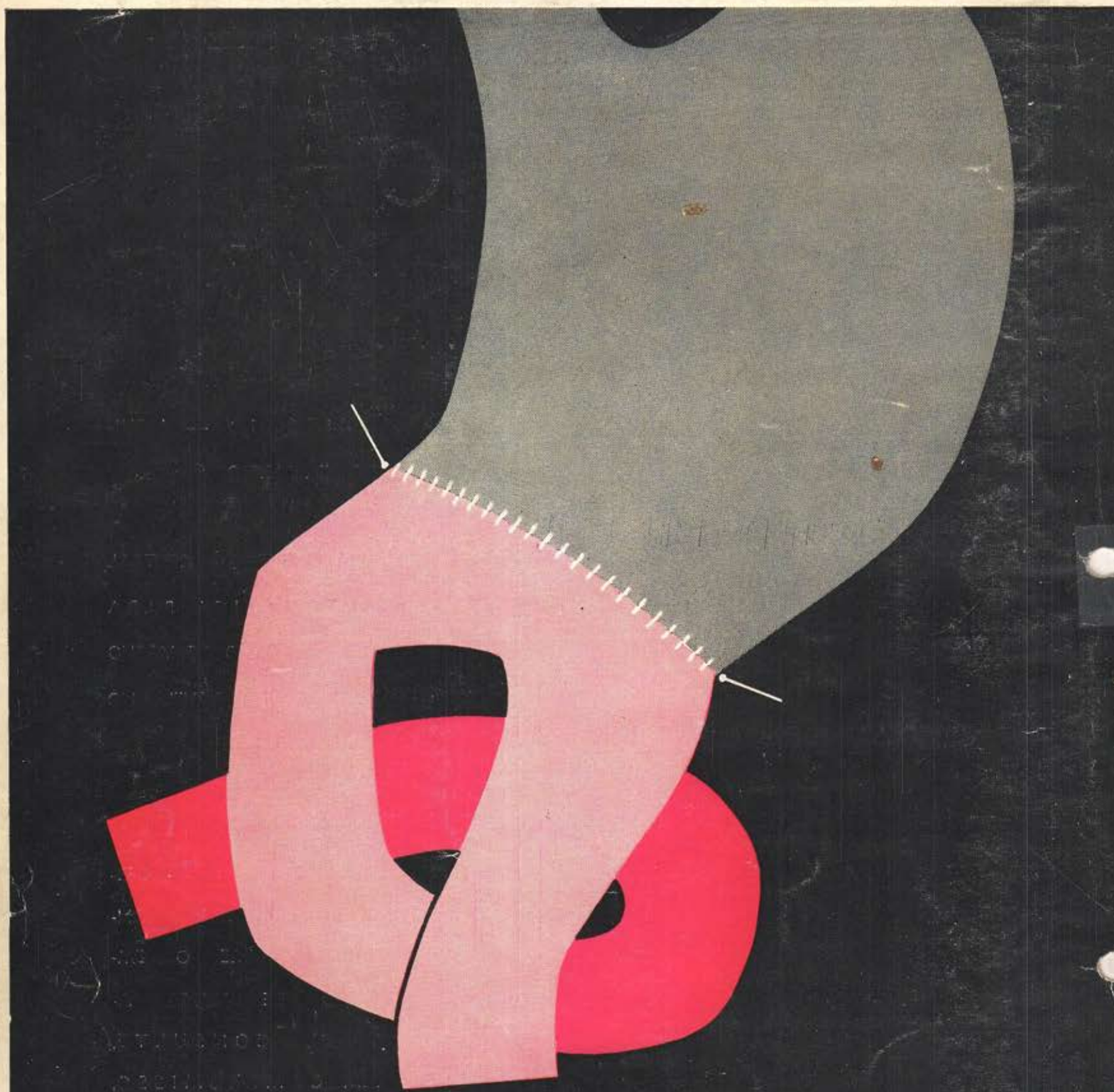
DO BRASIL S. A.

OXIGÊNIO — LIQUIDO E GASOSO.

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

CENTRAL E CANALIZAÇÃO — OFERECEM MUITAS VANTAGENS SÔBRE O EMPRÊGO DE TUBOS AVULSOS. CONSULTE, SEM COMPROMISSO, NOSSA SECÇÃO DE ESTUDOS E INSTALAÇÕES.

SÉDE — S. PAULO: PRAÇA NAMI JAFET, 44 — TELEFONE: 63-3118 — 63-1480 — **FILIAIS — S. PAULO:** ALAMEDA BARÃO DE LIMEIRA, 866, FONE : 51-2325 - **RIO DE JANEIRO:** R. CARLOS SEIDL, 241, FONE: 48-9969 - **PÔRTO ALEGRE:** AV. BRASIL, 610/612, FONE: 2-4111, CX. POSTAL, 2098 - **SANTOS:** RUA SENADOR FEIJÓ, 313, FONE: 2-9224 - **CAMPINAS:** AV. CAMPOS SALLES, 440, FONE: 56-29 - **CAXIAS DO SUL:** RUA VEREADOR MARIO PEZZI, 816, FONE: 984 - **SANTO ANDRE':** AV. DOS ESTADOS, 342, FONE: 44-2514 - **CANOAS:** AV. VARIANTE - **NOVO HAMBURGO:** R. JOAQUIM NABUCO, 244 - END. TEL.: **"OXIBRÁS"**



para ABSORÇÃO NO TEMPO CERTO

exija

SUTURAS ETHICON

a maior seleção de fios cirúrgicos

Johnson & Johnson

– O NOME QUE GARANTE QUALIDADE