

Valéria Rodrigues Costa de Oliveira

**A História dos Currículos de Fisioterapia:
A Construção de uma Identidade Profissional**

**Universidade Católica de Goiás
Mestrado em Educação
Goiânia - 2002**

Valéria Rodrigues Costa de Oliveira

**A História dos Currículos de Fisioterapia:
A Construção de uma Identidade Profissional**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado em Educação da Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da professora Dr^a. Heliane Prudente Nunes.

Banca Examinadora

Dr^a. Heliane Prudente Nunes

Dr^a. Iria Brzezinski

Dr^a. Maria Ignêz Zanetti Feltrim

Data: Agosto de 2002

Aos meus pais, José Orlando e Benedicta, que sempre acreditaram que eu chegaria aqui.

Ao meu marido, José Gilson, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus filhos, Isabela e Guilherme, que me dão orgulho e esperança na vida.

Agradeço aos que colaboraram para a concretização deste trabalho, especialmente:

a Universidade Católica de Goiás;

a professora Heliane Prudente Nunes, que, mais do que orientar, compartilhou comigo as alegrias e dificuldades encontradas no percurso;

os professores José Carlos Libâneo e Iria Brzezinski, pelo exemplo de amor e dedicação à profissão docente;

os amigos e colegas Adriano Jabur Bittar, Melissa Nascimento Barros e Marcos Antônio da Silva, pelo apoio técnico;

os fisioterapeutas Danilo Vicente Define, Eglacy Cocenza da Silva, Eugênio Lopez Sanchez, Fernando Antônio dos Santos Villar, Hélio Santos Pio, Maria Ignêz Zanetti Feltrim, Sérgio Mingrone, Sônia Gusman e Sônia Regina Manso, que, abrindo suas memórias, permitiram a realização deste trabalho que espero possa imortalizá-los.

“O currículo é lugar, espaço, território.
O currículo é relação de poder.
O currículo é trajetória, viagem, percurso.
O currículo é autobiografia, nossa vida, curriculum
vitae: no currículo se forja nossa identidade.
O currículo é texto, discurso, documento.
O currículo é documento de identidade.”
(Tomaz Tadeu da Silva, 1999)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. RECONSTRUINDO A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO MUNDO	17
1.1. Os Princípios da Fisioterapia	20
1.2. A Origem da Classe Profissional	22
1.3. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918)	26
1.4. As Décadas de 1920 e 1930	33
1.5. A Segunda Guerra Mundial (1939-1945)	41
1.6. Os Anos de 1945 a 1959	47
1.7. Os Avanços Acadêmicos e Clínicos da Fisioterapia (1960-1996)	54
2. A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO BRASIL: UM ESTUDO SÓCIO- HISTÓRICO DOS CURRÍCULOS	65
2.1. A Formação de Técnicos em Fisioterapia (1951-1964)	66
2.1.1. As Políticas de Saúde da Década de 1950	67
2.1.2. As Políticas Curriculares da Década de 1950.....	69
2.1.3. Os Cursos Técnicos: Surgimento e Características	75
2.1.3.1. Curso Raphael de Barros	75
2.1.3.2. Curso do Instituto Nacional de Reabilitação	79
2.2. A Formação de Fisioterapeutas “Técnicos de Nível Superior” (1964-1983)	86
2.2.1. As Políticas de Saúde do Regime Militar	86
2.2.2. As Políticas Curriculares do Regime Militar.....	92
2.2.3. O Primeiro Currículo Mínimo para Cursos de Fisioterapia	95
2.2.4. 1969: o Ano do Reconhecimento da Profissão.....	100
2.3. A Formação de Fisioterapeutas: o Segundo Currículo Mínimo para os Cursos de Fisioterapia (1983-2001)	106
2.3.1. As Políticas de Saúde da Década de 1980.....	106
2.3.2. As Políticas Curriculares da Década de 1980.....	108
2.3.3. O Currículo Mínimo de 1983	110
3. O FISIOTERAPEUTA E A CONSTRUÇÃO DA SUA IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	118
3.1. Em Busca da Identidade	119

3.2. Técnico ou Profissional? Eis a Questão	121
3.3. Competência: o Saber Próprio da Categoria.....	124
3.3.1. Identidade Política e Técnica.....	125
3.3.2. A Comercialização dos Cursos de Fisioterapia.	132
3.4. Vocação	133
3.4.1. A Vocação como Herança	134
3.4.2. A Questão do Gênero	134
3.5. Licença.....	137
3.5.1. O Campo de Atuação Profissional	138
3.5.2. O Fisioterapeuta como Docente	140
3.5.3. As Limitações Impostas pela Legislação	143
3.6. Independência.....	144
3.6.1. A “Luta” pela Autonomia.....	145
3.6.2. Autonomia e Currículo	149
3.7. Auto-regulação	150
3.8. Um Novo Profissional para um Novo Tempo	151
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 154
 BIBLIOGRAFIA	 159
 ANEXOS	 165
Anexo 1 - Entrevista com Danilo Vicente Define	166
Anexo 2 - Entrevista com Eugênio Lopez Sanchez	187
Anexo 3 - Entrevista com Eglacy Cocenza da Silva	196
Anexo 4 - Entrevista com Sônia Gusman.....	211
Anexo 5 - Entrevista com Hélio Santos Pio	233
Anexo 6 - Entrevista com Sérgio Mingrone.....	252
Anexo 7 - Entrevista com Sônia Regina Manso.....	272
Anexo 8 - Entrevista com Fernando Antônio dos Santos Villar	298
Anexo 9 - Entrevista com Maria Ignêz Zanetti Feltrim.....	308
Anexo 10 - Parecer 388/63	324
Anexo 11 - Decreto-lei 938/69	326
Anexo 12 – Parecer 622/82	328

RESUMO

Este trabalho, fruto da experiência profissional docente em Cursos de Fisioterapia, foi idealizado como instrumento de compreensão/reflexão sobre as influências das forças políticas, sociais e históricas na construção da identidade profissional do fisioterapeuta no Brasil. Tem como eixo norteador os modelos curriculares adotados em três momentos da história: na década de 1950, com os cursos técnicos; 1960, com os cursos “técnicos de nível superior”; e 1980, com os cursos de nível superior. O objetivo da pesquisa foi o de, reconstruindo a história da Fisioterapia no Mundo e no Brasil, avaliar os seus impactos nos modelos curriculares e na construção da identidade profissional, interrelacionando-os. A metodologia utilizada envolveu análise de fontes documentais e entrevista oral. Entendendo a identidade profissional como uma construção coletiva, idealizada e concretizada em ações individuais, compreendem-se os avanços no processo de profissionalização e as limitações impostas à categoria.

Palavras-chave: Fisioterapia; currículos; identidade profissional.

ABSTRACT

This study, a result of a teaching professional experience in Courses of Physiotherapy, was performed as an instrument of comprehension/reflection on the influences of political, social and historic forces in the construction of a professional identity of all physiotherapists living in Brazil. It was based in curriculum models adopted in three different moments of history: in the 50's with technician courses, the 60's when the technical courses were introduced at college and the 80's with the introduction of Physiotherapy courses at universities. The aim of this research was to evaluate the impacts on the curriculum models and the reconstruction of the professional identity through the history of Physiotherapy in the world and in Brazil correlating them one to the other. The methodology used involved the analysis of documents and oral interviews. Understanding the professional identity as a collective construction, idealized and concretized through individual actions, we may be able to understand the advances in the processes of professionalization and the limitations imposed to the occupation.

Key words: Physiotherapy, curriculum, and professional identity.

INTRODUÇÃO

Empreender dois anos e meio de vida para realizar uma pesquisa, abdicando parcialmente dos papéis de mãe, filha e esposa, exigia um tema que não respondesse apenas a questões individuais, mas que trouxesse contribuições sociais, especialmente para a classe dos fisioterapeutas.

Com 12 anos de experiência como fisioterapeuta e 6 como docente, dois fatores influenciaram na delimitação do tema abordado, já que a área da educação havia sido escolhida, impulsionada pelo Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior realizado na Universidade Estadual de Goiás, em 1999, quando ocorreu o distanciamento crítico necessário a respeito do papel da educação.

Nesse mesmo período, foram iniciadas atividades docentes na Universidade Católica de Goiás, especificamente na disciplina de Fundamentos da Fisioterapia, ministrada aos alunos recém-chegados à Universidade.

Na missão de introduzir aos alunos o “mundo da Fisioterapia”, com sua história, leis e princípios, ficou constatada a carência de subsídios e fundamentos teóricos que lhes dessem maior significado e enriquecessem a disciplina, pouco valorizada dentro de um currículo que privilegia os aspectos técnicos e conceituais. A escassa bibliografia sobre a história da Fisioterapia no Brasil e dos países precursores dessa atividade em língua portuguesa estimulou a fazer desse tema um dos eixos de uma pesquisa.

Concomitante à função docente, houve a oportunidade de trabalhar junto à equipe responsável pela elaboração do currículo do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Goiás. Durante as inúmeras reuniões realizadas com o objetivo de discutir quais disciplinas fariam parte da formação do profissional, assim como sua disposição na grade curricular, carga horária, estágios, etc, pôde-se perceber quantos fatores estão envolvidos nesse tipo de trabalho.

Segundo Libâneo (2001), “quando se trabalha com o planejamento curricular, realiza-se “uma escolha para responder a estas indagações: o que nossos alunos precisam aprender, para que aprender, em função de que aprender”. Assim sendo, o currículo reflete intenções e ações, buscando normatizar e idealizar a formação de um determinado profissional para um determinado momento (p.143).

Essa vivência de “pensar” como deveria ser formado um profissional para atuar na Fisioterapia, como deveria ser preparado para o mercado, quais competências deveria adquirir na Universidade, dentre outros, levaram à seguinte reflexão: se hoje se pensa na elaboração de um currículo que atenda às atuais necessidades sociais, políticas e econômicas do país, como e quem “pensou” os currículos que formaram os fisioterapeutas brasileiros até esse momento?

Diante desse questionamento, o tema sobre os currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil tornou-se o segundo eixo da pesquisa.

Embora a ciência de que um tema que abordasse a história da Fisioterapia e os currículos dos seus cursos seria suficientemente interessante para empreender uma pesquisa, faltava o que lhe desse uma outra dimensão, que permitisse uma maior reflexão.

Foi quando, durante a leitura de autores que trabalham com a identidade profissional docente, inserida na disciplina de Formação de Profissionais da Educação, realizada no Mestrado em Educação da UCG, ocorreu o terceiro tema que contemplaria e permitiria o enriquecimento da pesquisa – a construção da identidade profissional do fisioterapeuta.

Diante dessas colocações pode-se verificar que o tema – A HISTÓRIA DOS CURRÍCULOS DE FISIOTERAPIA NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA - resultou de uma experiência pessoal somada à leitura de autores da educação, especialmente Iria Brzezinski, Carlos Carolo, Mariano Enguita, José Carlos Libâneo, Antônio Flávio Moreira, Tomáz Tadeu da Silva, Antônio Nóvoa, dentre outros.

Definido o tema, o trabalho buscou compreender os diferentes momentos que nortearam a formação e profissionalização do fisioterapeuta no Brasil, mediante a análise dos currículos, entendendo que, enquanto construção social, o currículo resulta de processos conflituosos e de decisões negociadas.

A abordagem da história mundial da Fisioterapia fez-se necessária pelo fato de que sua prática no Brasil iniciou-se de forma sistematizada apenas nos anos de 1950, e de que em outros países, no final do século XIX, foram estabelecidos seus princípios e características.

Mediante essa questão, os objetivos da pesquisa são:

- identificar os fatores históricos que influenciaram o surgimento e desenvolvimento da Fisioterapia mundialmente;
- identificar os fatores históricos que influenciaram o surgimento e desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil;
- identificar as políticas sociais vigentes durante a elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil;

- discutir o processo de elaboração dos currículos de Fisioterapia no Brasil;
- discutir o processo de profissionalização da categoria composta pelos fisioterapeutas;
- avaliar a construção da identidade profissional do fisioterapeuta inserida no contexto histórico.

O referido tema foi abordado numa dimensão de longa duração, resgatando as primeiras experiências de massagistas e ginastas médicas, precursoras das fisioterapeutas na Inglaterra e nos Estados Unidos respectivamente, voltadas para a recuperação física, ocorridas durante o processo da Revolução Industrial (2ª metade do século XVIII), até a definição atual do profissional de Fisioterapia, estabelecida no Currículo Mínimo dos Cursos de Fisioterapia no Brasil de 1983.

A necessidade de uma recuperação histórica de tal dimensão se explica pela ausência de trabalhos sobre essa temática no Brasil. Assim sendo, o contexto histórico, associado às transformações ocorridas no exercício da Fisioterapia, estabeleceram os marcos norteadores de um processo de construção da identidade do profissional da Fisioterapia.

A estrutura do trabalho está organizada em três capítulos.

O primeiro capítulo, intitulado Reconstruindo a História da Fisioterapia no Mundo, aborda o surgimento das práticas da Fisioterapia na Inglaterra e nos Estados Unidos: o primeiro, por ter sido o país pioneiro no processo de industrialização e na utilização dos recursos físicos e naturais na assistência à saúde; e o segundo, por ter sido o precursor de modelos e técnicas adotadas mundialmente, inclusive no Brasil, principalmente após a IIª Guerra Mundial. Apresenta também a definição dos critérios para o exercício da profissão; a influência das duas Guerras Mundiais e das epidemias de poliomielite e reumatismo; a elaboração de currículos para a formação de docentes e profissionais de Fisioterapia; e o seu processo de profissionalização.

O segundo capítulo, intitulado A Formação do Fisioterapeuta no Brasil – Um Estudo Sócio-Histórico dos Currículos, estabelece a história dos primeiros cursos de Fisioterapia no Brasil; sua vinculação dependente dos cursos de Medicina; os modelos curriculares adotados ao longo do processo histórico e seu contexto dentro das políticas educacionais e de saúde.

O terceiro capítulo, intitulado O Fisioterapeuta e a Construção da Sua Identidade Profissional, recupera a historicidade feita no primeiro capítulo e as experiências curriculares analisadas no segundo, para analisar a construção da identidade do profissional de Fisioterapia. Ênfase especial é dada à participação dos profissionais pioneiros em prol do

reconhecimento da Fisioterapia como um curso de nível superior e, conseqüentemente, a valorização do *status* social da profissão.

A construção metodológica do trabalho no primeiro capítulo se apoiou basicamente em duas fontes documentais: análise crítica da bibliografia sobre a História da Fisioterapia na Inglaterra, de autoria de Jean Barclay; e, nos Estados Unidos, de autoria de Wendy Murphy, embora reconhecendo os limites teóricos e metodológicos das referidas obras, que se caracterizam por uma preocupação com a informação do fato, sem relacioná-lo de forma crítica com o contexto social e político.

No Brasil, a escassez de obras sobre o assunto, justificou a necessidade de usar a metodologia da entrevista oral – pesquisa qualitativa, que forneceu informações a respeito das primeiras experiências ligadas à atividade da Fisioterapia, permitindo a elaboração dos demais capítulos.

As entrevistas foram constituídas de forma objetiva (questionário) e subjetiva (depoimentos semi-dirigidos) com nove fisioterapeutas que desempenharam funções importantes no processo de profissionalização da categoria. Os depoimentos foram gravados, posteriormente transcritos e autorizados para publicação pelos seus respectivos autores. Os fisioterapeutas entrevistados e as principais funções por eles exercidas durante suas vidas profissionais foram:

- Danilo Vicente Define –

Fisioterapeuta formado pelo Curso “Raphael de Barros” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo – SP, em 1954.

Curso de “Revisão de Conhecimentos em Fisioterapia”, organizado pelo Instituto Nacional de Reabilitação em 1957.

Mestre em Educação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), México, em 1969.

Professor do Curso de Fisioterapia do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) e da FMUSP entre 1966-84.

Instrutor e supervisor do curso de Fisioterapia do INAR entre 1958-60.

Coordenador do curso de Fisioterapia da FMUSP entre 1974-76 e 1984-85.

Coordenador do curso de Pós-graduação oferecido pela USP em 1985.

Fundador, Presidente (1962-63, 1970-73, 1983) e Vice-Presidente (1962, 1983-86) da Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF.

Coordenador do Departamento de Educação da ABF.

- Eugênio Lopez Sanchez –

Fisioterapeuta formado pelo Curso “Raphael de Barros” da FMUSP, São Paulo _ SP, em 1956, com revalidação no Curso do INAR.

Professor dos cursos de Fisioterapia do INAR e da FMUSP, entre 1960 e 1985.

Mestre em Educação pela OMS, México, em 1969.

Fundador e Presidente da ABF entre 1963-65 e 1965-67.

Organizador e Presidente do 1º Congresso Brasileiro de Fisioterapia, em 1964.

Fisioterapeuta em Saúde Pública pela USP, São Paulo – SP, em 1976.

Professor do Curso promovido pela Organização Mundial de Saúde aos Profissionais da Previdência de Assunção – Paraguai, em 1973-74

Homenageado pela Universidade de São Paulo em comemoração aos 50 anos de fundação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina.

- *Eglacy Cosenza da Silva* –

Fisioterapeuta formada pelo Curso do INAR, São Paulo – SP, em 1962.

Presidente do Centro Acadêmico do referido curso.

Presidente da ABF entre 1967 - 1969.

Coordenadora e professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás desde 1994.

Fisioterapeuta da Superintendência do Ensino Especial – Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (1982 – 1984).

- *Sônia Gusman* -

Fisioterapeuta formada pela USP, São Paulo – SP, em 1967.

Presidente do Centro Acadêmico Arnaldo Vieira de Carvalho.

Sócia fundadora da Associação Paulista de Fisioterapia, São Paulo – SP.

Membro ativo e Presidente da ABF entre 1973 - 1976.

Primeira Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, entre 1977 e 1986

Membro da Comissão Científica do Congresso Mundial de 2003 *da World Confederation for Physical Therapy* – (WCPT)

Coordenadora e Instrutora Senior do Conceito Bobath para a América Latina.

- *Helio Santos Pio* -

Fisioterapeuta formado pela Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ABBR), Rio de Janeiro – RJ, em 1968.

Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Membro da Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória e da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Membro Efetivo da *American Heart Association* e da Academia de Ciências de Nova Iorque.

Doutorando em Reabilitação Cardíaca pela Universidade de Buenos Aires (UBA).

- *Sérgio Mingrone* -

Fisioterapeuta formado pela USP, São Paulo – SP, em 1970.

Presidente da Associação Paulista de Fisioterapeutas (APF) – 1974-76.

Presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) – 1976-79.

Membro do Conselho Nacional de Representantes (CNR) da ABF – 1979-82.

Diretor e Coordenador dos Cursos de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro e Universidade de Araras (atual).

Secretário da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – AbenFisio (atual).

Membro da Associação Nacional de Fisioterapia do Trabalho (atual).

- *Sônia Regina Manso* -

Fisioterapeuta formada pela USP, São Paulo - SP, em 1972.

Colaboradora da APF.

Vice-presidente (1974-79) e Presidente (1979-84) da ABF

Membro do CNR da ABF e do Departamento de Educação da ABF.

Supervisora de estágio e professora do Curso de Fisioterapia da USP.

Ex-coordenadora dos Cursos de Fisioterapia da Faculdade da Zona Leste (UNICID), Dom Domênico (UNIBAN) e Universidade Paulista (UNIP).

- *Fernando Antônio dos Santos Villar* -

Fisioterapeuta pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG, em 1973.

Mestrado em Fisioterapia: Department of Physical Therapy, University of Southern California, Los Angeles, USA, 1987.

Doutorado em Fisioterapia: Concentração em Biocinesiologia e Neurociências, Department of Biokinesiology and Physical Therapy, University of Southern California, Los Angeles, USA, 1995.

Professor do Curso de graduação em Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Univesidade Federal da Paraíba, 1982 – 1997.

Chefe do Departamento de Fisioterapia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP, Campinas – SP, 1977 - 1981.

Coordenador do Curso de Graduação em Fisioterapia e Professor titular das Disciplinas de “Fisioterapia Aplicada à Neurologia” e “Cinesioterapia”, PUCCAMP, Campinas – SP, 1976 –1981.

Coordenador da Comissão de Ensino, ABF, São Paulo – SP, 1977 – 1980.

Membro da Associação Americana de Fisioterapia (*APTA*), desde 1986.

- *Maria Ignêz Zanetti Feltrim* -

Fisioterapeuta pela USP, São Paulo – SP, em 1975.

Membro da Diretoria da APF.

Membro fundadora e Presidente da Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória (SOBRAFIR).

Mestre e doutora em Reabilitação pela Escola Paulista de Medicina – São Paulo - SP.

Diretora do Serviço de Fisioterapia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

Foram ainda consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, *World Confederation for Physical Therapy - WCPT* (Confederação Mundial de Fisioterapia), Organização Mundial de Saúde / Organização Panamericana de Saúde,

legislações específicas, além de estudo de teóricos sobre currículo: Antônio Flávio Moreira e Tomaz Tadeu da Silva; e identidade profissional, Carlos Carrolo e Mariano Enguita.

A abrangência do tema impossibilita uma verticalização mais consistente. Assim sendo, a intenção deste trabalho é apresentar uma reflexão sobre o assunto, sistematizar dados e despertar novas pesquisas com outros olhares e outras preocupações.

1. RECONSTRUINDO A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NO MUNDO

“A História como possibilidade significa nossa recusa em aceitar os dogmas, bem como nossa recusa em aceitar a domesticação do tempo. Os homens e as mulheres fazem a história que é possível, não a História que gostariam de fazer ou a História que às vezes lhes dizem que deveria ser feita”.

Paulo Freire

Este capítulo tem como objeto de análise a história da Fisioterapia no mundo, destacando seu desenvolvimento na Inglaterra e nos Estados Unidos.

A apresentação do contexto histórico busca demonstrar as diversas fases e práticas adotadas ao longo do processo de construção da atividade. Dessa maneira, foram delimitados os marcos norteadores que influenciaram a formação dos profissionais que atuam na área, identificando os conhecimentos que fizeram parte de sua formação e influenciaram elaboração dos primeiros currículos¹ específicos dos cursos de Fisioterapia.

De acordo com a Resolução COFFITO-80², publicada em 21 de maio de 1987, a Fisioterapia é “uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função” (Brasil, Ministério do Trabalho, Leis e Atos Normativos das Profissões do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, 1997, p.22).

Shepard e Jensen (1997) definem a Fisioterapia como uma profissão da área da saúde, cujo objetivo é a promoção da saúde e da função do corpo humano, pela aplicação da teoria para identificar, avaliar, remediar, ou prevenir disfunções dos movimentos humanos.

Rebelatto afirma que a Fisioterapia não é uma área de conhecimento, mas um campo de atuação profissional, “que visa intervir sobre o movimento ou por meio dele em todos os níveis em que possa se apresentar” (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999, p.290).

Embora a literatura apresente ambigüidades na caracterização da Fisioterapia, considerando-a como uma ciência, profissão ou mesmo área de estudos, é certo que suas definições foram construídas e reconstruídas ao longo da história, sofrendo e exercendo diversas influências na delimitação do campo de atuação profissional e na formação dos profissionais que dela se utilizam.

¹ Nesta dissertação, o termo currículo refere-se ao “conjunto de saberes e/ou experiências que alunos precisam adquirir e/ou vivenciar em função de sua formação”. Libâneo, 2001, p. 141.

² COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, criado pela Lei nº 6316/75

Diante desse debate, a posição do COFFITO é a de considerar a Fisioterapia uma “ciência aplicada”. Entretanto, é possível identificar concepções contrárias, que discordam dessa cientificidade, alegando a ausência de um método próprio de investigação bem como de um estatuto epistemológico próprio.

O fato de a Fisioterapia constituir uma área de conhecimento definida recentemente exige do seu profissional uma permanente construção do seu objeto de trabalho e uma definição dos métodos mais apropriados de investigação científica. Assim a Fisioterapia acaba por ser uma “ciência em construção”: em busca de conexão lógica e de coerência entre seu objeto e seu método de investigação.

Mesmo ciente de que os recursos físicos têm sido utilizados desde a Antigüidade com o objetivo de promover relaxamento ou estimulação, para prevenir deformidades ou remediá-las, o marco inicial deste capítulo é o contexto europeu, mais precisamente a Inglaterra do século XIX.

Esse recorte espacial e temporal justifica-se por dois motivos. Primeiramente, por remeter a um período de industrialização, no qual se deu o desenvolvimento das bases racionais, metodológicas e mecânicas das terapias aplicadas, que se beneficiaram das transformações oriundas da Revolução Industrial. Segundo, porque, nessa época, iniciaram-se uma nova profissão e os princípios da formação dos seus profissionais, posteriormente denominados fisioterapeutas.

A partir da segunda metade do século XVIII, ocorrem na Inglaterra as transformações econômicas e sociais identificadas como Revolução Industrial. A indústria inglesa produzia bens de consumo, geralmente tecidos de algodão, fabricados em máquinas de ferro e movidas a vapor. Foi a Primeira Revolução Industrial que transformou a Inglaterra em um centro de profundas transformações tecnológicas.

Na segunda metade do século XIX, outros países da Europa, como Alemanha, Itália, Bélgica, França, Suécia e Áustria e, na América, os Estados Unidos, na Ásia, o Japão iniciaram seu processo de industrialização.

Nesse momento, o processo industrial passou por transformações tão rápidas que se pode falar de uma Segunda Revolução Industrial, marcada pelas seguintes mudanças:

- novas fontes de energia, como o petróleo e a eletricidade foram utilizadas. A eletricidade passou a ter ampla utilização a partir da invenção do dínamo³, em 1867, por Siemens;

³ Dínamo (ou gerador): aparelho que transforma a energia mecânica em energia elétrica.

- o aço passou a substituir o ferro;
- surgem as indústrias de base (siderúrgica e química), que já se apresentavam como imensos complexos industriais.

A indústria passou, no século XIX, por contínuas transformações, aperfeiçoando e criando novas tecnologias. Essas transformações exigiram o investimento de vultuosos capitais na pesquisa científica, beneficiando vários setores da economia: agricultura, mercados consumidores e setores da saúde. A utilização de novas fontes de energia foi aperfeiçoada. O petróleo, usado inicialmente apenas para iluminar, passou a ser amplamente utilizado depois do invento do motor de combustão em 1883. Com o aperfeiçoamento da transmissão de energia elétrica a longas distâncias, países pobres em carvão começaram a utilizar a eletricidade como força motriz.

Várias invenções desse período permitiram à indústria química passar por grandes avanços que substituíram matérias primas naturais por produtos sintéticos.

Todas essas transformações propiciaram à Inglaterra, pelo seu pioneirismo industrial, a liderança na concentração de capitais, com a formação de monopólios sobre determinados setores do conhecimento.

Esse período caracterizou-se ainda como uma época de grandes transformações sociais, determinadas, dentre outras, pela produção em grande escala, mediante a utilização crescente de máquinas. O que se seguiu foram um aumento desordenado das cidades, resultante da migração da população camponesa em busca de trabalho, e o surgimento de uma nova classe social operária.

As péssimas condições de trabalho da classe operária, com a utilização do trabalho infantil e de jornadas diárias de 16 horas associadas às precárias condições sanitárias e às insatisfatórias condições alimentares, provocaram o aparecimento e a proliferação de novas doenças, que, segundo Rebelatto,

“exigiram da medicina um desenvolvimento de trabalhos de intervenção de estudo com as patologias que proliferavam. Para isso, as inovações da metodologia científica, até então empregadas na construção de máquinas e na formação de engenheiros para as indústrias, começam a ser implantadas nas escolas de medicina” (1997, p.40).

Como a Inglaterra foi a nação pioneira no processo industrial, coube a ela também o pioneirismo na utilização dos recursos técnicos gerados pela própria Revolução Industrial nos tratamentos relacionados a massagens, exercícios e estímulos físicos. Os Estados Unidos

foram responsáveis pelo estabelecimento de modelos e técnicas adotadas mundialmente, principalmente após a II Guerra Mundial, tanto no nível profissional quanto no educacional.

Portanto, torna-se importante reconstituir a história da Fisioterapia na Inglaterra, uma vez que ela estabeleceu modelos de funcionamento e de prática profissionais, assim como a história da Fisioterapia nos Estados Unidos, devido às influências que exerceram em toda a América Latina, incluindo o Brasil, após o fim da Segunda Guerra Mundial.

O desenvolvimento histórico da Fisioterapia nesses países está, nesta dissertação, diretamente vinculado às entidades representativas dos profissionais ingleses: a *Chartered Society of Physiotherapy* (Sociedade Patenteada de Fisioterapia); e americanos, a *American Physical Therapy Association* (Associação Americana de Fisioterapia).

1.1. Os Princípios da Fisioterapia.

De acordo com Barclay, no século XIX, a história da Fisioterapia e de seus precursores se fundamentou em seis pilares: *hidroterapia, exercícios terapêuticos, eletroterapia, termoterapia, fototerapia e massagem* (1994, p.1).

A *hidroterapia*, ou tratamento por meio da água, método terapêutico empregado desde a Antigüidade, foi largamente empregada em toda Europa durante os séculos XVIII e XIX. Na Inglaterra, a credibilidade dos balneários aumentou com a abertura de diversos hospitais de águas minerais a partir de 1738. As propriedades curativas das águas minerais eram atribuídas pelos seus principais componentes, predominantemente o sulfato de sódio, sulfito de hidrogênio, cloreto de tília e sais de ferro.

Inicialmente, a aplicação da hidroterapia tinha objetivos que iam desde a caracterização de um centro de saúde no estilo da Grécia antiga, até a promoção do tratamento de pacientes com comprometimentos cardíacos, torácicos ou reumáticos. A grande maioria dos denominados “balneários” era controlada por médicos.

Embora alguns médicos advogassem o retorno dos exercícios clássicos e enfatizassem os benefícios de andar a cavalo ou de bicicleta, o interesse no emprego racional do exercício, que sofrera um declínio com a queda do Império Romano no século V, somente se reestabeleceu no início do século XIX, e despertou o interesse pela *ginástica* e pelos *exercícios terapêuticos*. Estes passaram a ser empregados com diferentes finalidades: tratamento muscular; treinamento militar, educacional e na formação de professoras de educação física, ciências e saúde.

As bases das ginásticas médica e terapêutica, também denominadas exercícios terapêuticos suecos, amplamente utilizadas na segunda metade do século XIX, seguiam os modelos de exercícios propostos pelo médico sueco Pehr Henrik Ling, cuja fundamentação baseava-se em princípios anatômicos e fisiológicos. Outra importante figura sueca foi o Dr Gustav Zander, que inventou aparelhos mecânicos para exercícios musculares.

A *eletricidade médica*, aplicação da eletricidade como recurso terapêutico, posteriormente denominada *eletroterapia*, foi considerada um recurso importante no trabalho dos massagistas na Inglaterra. Mesmo conhecida desde a Antiguidade, só passou a ser utilizada a partir do século XVIII, com o desenvolvimento dos geradores a fricção e condensadores. Suas aplicações, na forma de descarga elétrica, eram utilizadas para condições locais ou gerais, em paralisias ou outras disfunções neurológicas. A eletricidade dinâmica foi produzida em 1800 e, somente após o seu desenvolvimento, a corrente elétrica passou a ser utilizada como analgésico ou estimulante muscular.

A descoberta do eletromagnetismo pelo físico inglês Michael Faraday, somada às Leis de Faraday de Indução Eletromagnética, consolidaram o corpo de conhecimento dos estudos e práticas da eletricidade médica pelas massagistas. Por volta de 1890, Henry Lewis Jones, considerado o pai da eletroterapia, iniciou, na Inglaterra, a utilização de correntes para administrar drogas e minerais ao corpo.

Mesmo sendo historicamente conhecidos os benefícios da luz solar, somente em 1800 foi descoberto o espectro de luz visível; no ano seguinte, foram identificados os raios de alta frequência, alta energia e o ultra-violeta. Porém, a terapia por meio da luz (*fototerapia*) e do calor artificial (*termoterapia*) só se tornou possível nos anos de 1880, quando foi inventado o bulbo incandescente.

Em 1886, foi produzida na Inglaterra a corrente de alta frequência. Alguns anos depois, pesquisadores alemães desenvolveram uma máquina, cuja corrente passava através da pele e gerava calor por resistência, num processo denominado diatermia. Este recurso passou a ser amplamente utilizado na Inglaterra após a IIª Guerra Mundial.

O alemão Wilhelm Roentgen descobriu os raios-X em novembro de 1895. No ano seguinte, este instrumento passou a ser utilizado como recurso em cirurgias realizadas na Universidade de Manchester.

Logo, um grupo formado por médicos, físicos e técnicos nessa nova área, fundaram a *Roentgen Society* (Sociedade Roentgen). Porém, em 1902, muitos médicos atuantes se afastaram dessa Associação para formar a *British Electro-Therapeutic Society* (Sociedade Britânica Eletro-Terapêutica), deixando a *Roentgen Society* com carência de profissionais.

Para suprir essa deficiência, alguns massagistas obtiveram uma qualificação de Técnicos de Raio X no *Guy's Hospital*, após um treinamento de seis meses. Estes profissionais, posteriormente membros da Sociedade de Fisioterapia, também se associaram à *Society of Radiographers* (Sociedade dos Radiologistas), quando esta foi fundada em 1920, na Inglaterra. Com esse acontecimento, algumas escolas passaram a oferecer cursos de formação em massagem e técnica de RX.

A *massagem*, aplicada isoladamente ou associada a outros recursos terapêuticos, foi muito utilizada na Inglaterra, principalmente no século XIX. Historicamente, a influência de alguns profissionais escoceses e suecos foi fundamental na mudança da utilização desse recurso, que era realizado, até então, como modo de promover relaxamento muscular, destinado principalmente à população sadia e com alto poder aquisitivo. Em 1800, na Escócia, técnicas da massoterapia, como fricção, percussão e compressão, passaram a ser empregadas no tratamento de reumatismo, gota e torções.

Em 1813, foi organizado o *Royal Central Institute* em Estocolmo, Suécia, onde os movimentos da massagem foram estudados científica e sistematicamente. Essas idéias, cujas fundamentações concentravam-se mais na ginástica do que na massagem e em exercícios passivos, começaram a chegar na Inglaterra na segunda metade do século XIX, assim como as técnicas desenvolvidas por médicos alemães, baseadas em um sistema fisiologicamente testado de massagem e movimento e na combinação de massagem e exercícios.

1.2. A origem da classe profissional.

Segundo Barclay (1994), em 1894, deu-se em Londres, Inglaterra, a fundação da *Society of Trained Masseuses* (Sociedade de Massagistas Diplomadas), a primeira organização profissional da classe de massagistas. De acordo com o autor, dois fatores contribuíram para o acontecimento: o renascimento da massagem nos anos de 1880 e um escândalo envolvendo massagistas em 1894.

Até os anos de 1880 e 1890, não era comum o treinamento específico em massagem. Esta era empregada em locais como “spas”, casas de banho, e em domicílios, sem finalidade terapêutica. A partir desse período, um grupo de enfermeiras e parteiras buscaram aprender uma “nova massagem” que as capacitasse a atender mulheres “neurastênicas”⁴.

⁴ Aspas consta no original.

Duas publicações de 1886, primeiramente de um artigo escrito por *Lady Janetta Manners*, recomendando a massagem como uma ocupação feminina socialmente aceitável, e a publicação de um livro escrito pelo Dr William Murrel, cujo título era *Massotherapeutics* (Massoterapeutas), contribuíram para o renascimento da massagem que já vinha sendo desenvolvida gradualmente. Desde 1884, o *British Medical Journal (BMJ)*⁵ vinha regularmente incluindo em suas publicações artigos científicos sobre o emprego da massagem como recurso no tratamento de distúrbios ortopédicos, neurológicos, ginecológicos e reumatológicos, obesidade, etc.

Quanto à formação profissional, inicialmente concentrava-se em Londres, e era oferecida por médicos e massagistas (mulheres) mais velhas, em hospitais, escolas ou em residências. Enfermeiras de diversos hospitais, apenas com um breve treinamento, recebiam certificados de massagistas complementares aos que já possuíam. Porém, por diversas razões, a massagem foi se tornando não somente um adjunto da enfermagem, mas uma profissão independente, pois caracterizava uma nova possibilidade de trabalho para as mulheres e uma nova maneira de serem vistas pela sociedade.

Surgiram, então, escolas de treinamento para ensinar cientificamente a massagem e a eletricidade, com cursos que duravam de 4 a 6 meses e incluíam aulas de anatomia e trabalho em hospitais. Nos anos de 1880, foi desenvolvido um método científico racional, que classificava os movimentos em: deslizamento, amassamento e percussão.

No final do século XIX, alguns médicos advogavam a necessidade de se fundar uma *Association of Masseurs and Masseuses* (Associação de Massagistas Homens e Mulheres), uma vez que a utilização da massagem estava se popularizando e a sua aplicação prática, pelos então denominados massagistas, sem a supervisão médica, era muito perigosa.

Porém, o segundo fator que realmente contribuiu para acelerar a organização da Sociedade foi a ocorrência de um escândalo publicado pelo respeitado *BMJ*, que associava as salas de massagem de Londres a focos de vícios e as massagistas à prostituição.

Diante desse acontecimento, foi preciso distinguir o falso massagista dos profissionais honestos. Iniciou-se, assim, uma discussão sobre como construir uma profissão segura, limpa e honrada para as mulheres inglesas. Após consulta aos médicos e reuniões com as massagistas, foi fundada a *Society of Trained Masseuses*, em julho de 1894. A Sociedade era constitucionalmente um departamento do *Midwives' Institute* (Instituto de Parteiras) e do

⁵ Revista de cunho científico da área médica.

Trained Nurses' Club (Clube das Enfermeiras Diplomadas), tendo seus membros registrados no *Club's Roll of Masseuses* (Clube de Sócios Massagistas).

Em dezembro desse ano, foi criado o subcomitê do *Midwives' Institute*, composto por 6 membros, com o objetivo de propor regras que dariam credibilidade aos certificados emitidos. As regras propostas⁶ foram:

- 1- não empreender nenhuma massagem, exceto sob orientação médica;
- 2- não empreender nenhuma massagem para homens, exceto nos casos de urgência ou solicitação especial do médico;
- 3- não anunciar em qualquer jornal, mas estritamente em jornais médicos;
- 4- não vender medicamentos para pacientes.

Para receber os certificados, os candidatos eram submetidos a exames aplicados pelos fundadores da Sociedade, que tinham o interesse de melhorar a reputação e a prática da profissão. Inicialmente realizados pelos seus próprios membros, posteriormente por qualquer candidato de uma escola reconhecida, os exames avaliavam a habilidade do candidato e o seu conhecimento básico sobre anatomia e fisiologia, incluindo os ossos do esqueleto humano e a origem, inserção e ação dos músculos. O primeiro exame para admitir profissionais em massagem foi realizado no dia 23 de fevereiro de 1895, no *Trained Nurses' Club*.

Nas décadas seguintes, a Sociedade progrediu e o tratamento com emprego de massagem se estendeu à população carente. Nesse processo, começou-se a perceber a necessidade de empregar os exercícios terapêuticos na parcela da população que apresentava forma física pouco desenvolvida, assim como nas crianças em fase escolar. Tornou-se tendência crescente o tratamento de disfunções e deformidades com combinação de massagem e exercícios. Diante desses fatos, a Sociedade introduziu, também em 1910, um exame de habilitação em exercícios terapêuticos suecos, ainda denominados exercícios terapêuticos.

Embora a maioria dos membros da Sociedade fosse de enfermeiras, já se iniciava nessa época a procura pela massagem como atividade principal.

Havia a rejeição à entrada de homens na Sociedade, que eram aceitos apenas para o exame, mas não como membros. Somente os soldados do exército ou atendentes de asilo podiam realizar as provas.

⁶ Tradução livre de Barclay, 1994, p.27.

Nas duas primeiras décadas da Sociedade, uma de suas principais fontes de informações científicas era a seção da Sociedade de Massagem do *Nursing Notes*⁷, publicações que discutiam vários assuntos, tais como: o “status” social da profissão; a tensão entre massagistas jovens e velhas; condutas técnicas, como o uso da massagem seca ou com lubrificantes; classificação dos movimentos da massagem; necessidade do conhecimento de anatomia básica para massagistas; exercícios e massagem para desvio da coluna; e tratamento utilizando recursos elétricos.

A prática da Fisioterapia nos Estados Unidos, muito antes de sua existência formal, esteve vinculada à atuação de mulheres treinadas denominadas “ginastas médicas”. A formação dessas profissionais era realizada em escolas de educação física. Embora o currículo tivesse pouco em comum com a educação atual em Fisioterapia, eram oferecidos conteúdos em anatomia básica, fisiologia e cinesiologia. Além dos conteúdos técnicos, igual importância era dada a desenvolver, entre as estudantes, o sentimento da carreira profissional.

A primeira instituição americana a oferecer cursos nessa área foi a *Sargent School*, fundada em Boston, em 1881, pelo médico Dudley Allen Sargent, com a profunda convicção de que o termo ‘medicina preventiva’ poderia ser melhor praticado por meio do treinamento físico individual. Suas técnicas, empregadas por todos os estudantes de Harvard, lhe renderam reconhecimento nacional.

Oito anos após a abertura da *Sargent School*, realizou-se em Cambridge uma conferência em treinamento físico, assistida por médicos, teólogos e educadores. A partir daí, foram abertas outras escolas de ginástica, com o objetivo de preparar professores de educação física e estudantes para carreiras profissionais num mundo ainda hostil ao trabalho feminino.

O currículo do curso da *Boston Normal School of Gymnastics (BNSG)*, com duração de dois anos, além das disciplinas de anatomia, fisiologia e cursos de ginástica prática, oferecia: cinesiologia, química, histologia, crescimento, reprodução, metabolismo, sensação e ações reflexas.

Em 1909, a *BNSG* uniu-se ao *Wellesley College*, tornando-se o *Department of Hygiene and Physical Education* (Departamento de Higiene e Educação Física), que passou a oferecer cursos com duração de quatro anos ou opcional de cinco anos para especialização em educação física. Nos anos seguintes, vários cursos novos foram instalados no país.

Dois acontecimentos do final do Século XIX impulsionaram o desenvolvimento das técnicas utilizadas pela Fisioterapia, tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra.

⁷ *Nursing Notes* – revista de cunho científico da área de enfermagem.

Primeiramente a epidemia de poliomielite, que incentivou o aparecimento de centros de treinamento e o desenvolvimento de procedimentos visando a reeducação e restauração da função muscular. E o aumento considerável de trabalhadores portadores de lesões e mutilações resultantes da nova política de trabalho adotada após a Revolução Industrial. Esse fato incentivou a aplicação de regras racionais para a confecção de muletas, órteses, e próteses, cujo pioneirismo foi conferido aos Estados Unidos.

1.3. A Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918).

A Primeira Guerra Mundial constituiu o primeiro confronto entre potências industriais modernas para a disputa de espaços e hegemônias políticas, tanto em solo europeu, como em territórios coloniais na Ásia e África.

Tal disputa, segundo Hobsbawm (1982), foi alimentada pela intensa mecanização das fábricas dos países industriais, cujo campo pioneiro de atuação foi a produção de armamentos, o que gerou uma corrida de estoques bélicos com elevado poder de destruição humana.

A corrida armamentista entre a França e a Alemanha e a disputa dos mares entre a Alemanha e a Inglaterra pela conquista de novos mercados expressaram a elevada competição econômica gerada pelos avanços do capitalismo. Os países que chegaram atrasados à partilha colonial (Alemanha, Itália e Bélgica) procuravam, através do comércio, da diplomacia ou da guerra aberta, um espaço no mundo já partilhado pelas potências imperialistas, notadamente Inglaterra e França.

Ao mesmo tempo em que novas potências industriais expandiam suas áreas de influência pela Ásia e África, a Europa era marcada por uma onda de movimentos de “minorias nacionais”. As velhas estruturas imperiais não mais serviam aos povos que levantavam a bandeira do nacionalismo, dispostos a lutar por sua independência. No Império Austro-Húngaro, eslavos do sul, tchecos, sérvios, rutenos, poloneses e italianos; na Macedônia (sob o Domínio do Império Otomano até 1912), os gregos, búlgaros, sérvios e valóquios; no Império Alemão, os poloneses, alsacianos-loreneses e dinamarqueses; na Inglaterra, os irlandeses; na Suécia, os noruegueses; na Espanha, os catalães e os bascos.

Diante dessa instabilidade política, as relações européias foram definidas por alianças entre as nações, com a finalidade de manter a defesa de interesses mútuos.

Assim, a Europa ficou dividida em dois blocos: Tríplice Aliança (Alemanha, Império Austro-Húngaro, Império Otomano) e Tríplice Entente (França, Inglaterra, Rússia, Bélgica, Sérvia, Montenegro e Japão).

Em 6 de abril de 1917, os Estados Unidos da América entraram no conflito, ao lado dos ingleses, e o grande potencial bélico norte-americano foi decisivo para a derrota da Alemanha.

Em novembro de 1918, a Alemanha se rendeu e foi obrigada a aceitar o acordo humilhante imposto pelo Tratado de Versalhes. Perdeu um oitavo de suas terras e um décimo de população. Suas colônias foram distribuídas entre a Inglaterra, a França e o Japão.

Não só a Alemanha foi punida após a derrota. O império Austro-Húngaro se esfacelou. A Áustria foi obrigada a reconhecer a independência da Tchecoslováquia, da Hungria e da Iugoslávia. Além disso, perdeu o exército, a saída para o mar e ficou proibida de se unir nacionalmente à Alemanha.

O império Turco também se esfacelou. Seus antigos domínios ficaram sob o controle da França e da Inglaterra.

O grande vencedor da Primeira Guerra Mundial foram os Estados Unidos. Terminado o conflito, tornaram-se a maior potência econômica mundial, credores das potências européias endividadas com a Guerra.

Depois da guerra, surgiram os países independentes da Europa: Hungria, Tchecoslováquia, Iugoslávia e Polônia (ex- império da Áustria) e Letônia, Lituânia, Estônia e Finlândia (do império czarista russo).

Como resultado do conflito, a Europa contabilizou 8 milhões de mortos e 20 milhões de feridos.

A tática mais utilizada na Primeira Guerra Mundial foi a guerra de trincheiras, devido ao equilíbrio existente entre as forças alemãs e francesas. Isso tornou difícil o avanço das tropas e, durante anos, a situação permaneceu assim.

A vida nas trincheiras foi terrível. Insetos, calor elevado alternado com frio de congelar, lama e chuva. Para piorar, os dois lados começaram a usar armas químicas sobre o adversário. Eram gases que provocavam cegueira irreversível ou morte dolorosa e agônica. Só na batalha de Verdun (1916), quando os franceses bloquearam a ofensiva alemã, morreram 300 mil pessoas de cada lado. No final da guerra, o uso da aviação e dos tanques começou a substituir a guerra de trincheiras, provocando uma mortalidade ainda maior.

O período entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial (1918 – 1939) é considerado por Barraclough (1975) um dos mais críticos da história da humanidade.

Mundialmente, o quadro entre guerras assim se definiu: a revolução socialista aconteceu na Rússia em 1917; o capitalismo monopolista se expandiu sob o controle dos Estados Unidos da América, mudando a hegemonia da libra para a hegemonia do dólar na

economia mundial; os regimes fascistas foram implantados na Alemanha, Itália, Espanha, Portugal, Japão; e no extremo oriente, o Japão ficou marcado pelo expansionismo militar.

A Segunda Guerra (1939 – 1945) foi o resultado da radicalização desse quadro crítico.

Durante a Primeira Grande Guerra, cerca de 750.000 soldados ingleses foram mortos e 1.500.000 feridos, com o sofrimento e a angústia desses homens permanecendo na memória da humanidade nos 80 anos seguintes.

Durante o período de guerra, as péssimas condições a que os soldados foram submetidos, permanecendo meses sob frio e chuva, em trincheiras infestadas de vermes, resultaram no surgimento de várias doenças: desintérias; febres; comprometimento dos pés, como dor, adormecimento, deformidades, úlceras, sepsis e mesmo gangrenas. A utilização de armas pesadas e explosivos fez um grande número de amputações, ferimentos perfurantes, fraturas ósseas, lesões musculares e nervosas e paralisias. Além disso, grande número de homens passou a apresentar distúrbios emocionais, resultantes de traumas sofridos.

Quando os soldados ingleses começaram a voltar da guerra, foi necessário aumentar o número de leitos para assisti-los. Alguns homens vinham direto das batalhas, outros depois de atendidos nos serviços de emergência localizados no continente.

Nesse mesmo período, cresceu na Inglaterra a *Incorporated Society of Trained Masseuses (ISTM)* - (Sociedade Incorporada de Massagistas Diplomados). O número de membros saltou de 1000, em 1914, para 3641, no final de 1918. O tratamento físico ganhou reconhecimento público e novo “status” social. A assistência combinava os recursos da Fisioterapia, da massagem, da ginástica terapêutica, da eletricidade e da hidroterapia, num esforço concentrado para trazer os homens de volta das batalhas. O trabalho da Sociedade foi reconhecido, um número de seus membros recebeu honras oficiais e, em julho de 1916, a Rainha Mary aceitou tornar-se sua ‘patronesse’.

Com a diminuição da utilização isolada da massagem em favor da utilização de uma combinação de recursos, discutiu-se uma Sociedade que combinasse a massagem com a ginástica terapêutica e a eletricidade médica.

Em 1914, um grupo de Manchester formado por massagistas homens, mulheres, e médicos fundou a sociedade denominada *Institute of Massage and Remedial Gymnastics (IMRG)* (Instituto de Massagem e Ginástica Terapêutica). A nova organização uniu-se à *ISTM* em 1917.

A partir de 1914, a *ISTM* passou a publicar seu próprio jornal, o *Journal of the Incorporated Society of Trained Masseuses*⁸, desativando seu espaço no *Nursing Notes*.

A primeira edição do *Journal* foi publicada em julho de 1915. O jornal da Sociedade constituiu uma importante fonte de idéias e atitudes, assim como de métodos de tratamento. Em seu papel educativo, publicavam-se re-impressões do *Lancet*⁹ e outros jornais médicos, assim como sumários de leituras fornecidos pelos seus membros.

Embora as publicações se concentrassem nos eventos e nos danos provocados pela guerra, apareceram diversos artigos sobre disfunções do sistema nervoso; poliomielite; tratamento de curvatura lateral da coluna espinhal (escoliose); e outras deformidades que estavam associadas à poliomielite, paralisia cerebral e tuberculose óssea. Havia muitos artigos cujos tópicos eram sobre reabilitação de amputados, tratamento de fraturas e lesões nervosas, e manuseio de neurastenia ou choque.

Com o crescente interesse pela utilização dos exercícios, da eletroterapia e da hidroterapia, diversas conferências e cursos foram organizados, abordando temas e assuntos sobre anatomia e fisiologia. Visitas educacionais foram organizadas a partir de 1916 em vários hospitais e centros de reabilitação ingleses.

Como anteriormente dito, o tratamento dos homens feridos estimulou o interesse pela eletricidade médica e, a partir de 1915, iniciaram-se os exames em eletroterapia, constituídos de um teste prático e questões teóricas.

Na reunião anual da Sociedade, em 1916, foi sugerido que o *ISTM*, a *Ling Association* (Associação Ling) e os colégios de treinamento físicos trabalhassem juntos, a fim de estabelecer um exame comum em massagem e ginástica terapêutica e educacional a ser reconhecido pelo Conselho de Educação. Decidiu-se por desenvolver três meses de curso, com no mínimo duas horas por semana de prática hospitalar, incluindo ginástica educacional e ginástica terapêutica. Como garantia de qualidade, cada candidato deveria passar pela aprovação de um médico.

Também, a guerra deixou um exército de 1.500.000 homens feridos somente na Inglaterra, o que resultou na utilização de novas técnicas pelas massagistas, como as manipulações para restaurar a sensibilidade de pés e membros lesados; o treinamento de marcha para amputados; o uso da corrente galvânica nos casos de sepse; o uso de exercícios respiratórios e movimentos passivos nos pacientes com alterações psicológicas, e várias

⁸ Revista de cunho científico publicada pela Sociedade de Massagistas Diplomados.

⁹ Revista de cunho científico da área médica.

outras técnicas de tratamento para as mais diferentes doenças. Todo esse processo estimulou o desenvolvimento de novos recursos e novas habilidades profissionais.

Assim como na Inglaterra, nos Estados Unidos, o reconhecimento da Fisioterapia como uma arte médica teve seu início na segunda década do Século XX, com a carnificina da Primeira Guerra Mundial.

Antes da guerra, as incapacidades físicas eram consideradas irreversíveis, e como suas causas principais eram dados os problemas relacionados com parto ou com ferimentos. Seus portadores eram tratados pela família ou em instituições não especializadas. Os acidentados nas indústrias ou no serviço militar recebiam pensões ou recompensas financeiras, mas pouco era oferecido para melhorar suas condições físicas.

Dessa forma, várias formas de terapias reabilitadoras eram empregadas nos Estados Unidos, particularmente nos jovens vítimas da poliomielite. Também se utilizava o exercício associado à massagem como maneira de obter boa saúde, associando a utilização desses recursos aos programas de educação física da vida americana. Mas com a guerra internacional e os milhões de soldados incapacitados, instalou-se uma crise que permitiu demonstrar ao sistema médico americano o valor da Fisioterapia no tratamento de uma grande variedade de condições médicas.

A Primeira Guerra Mundial impulsionou a educação do público americano sobre os aspectos sociais das doenças incapacitantes, demonstrou as precárias condições físicas dos jovens americanos e permitiu a exibição de técnicas de reabilitação européias, mais desenvolvidas que as americanas.

As rápidas mudanças nos níveis médico e social ocorridas nos Estados Unidos podem ser creditadas em parte ao progressivismo da Corporação Médica do Exército, mas também aos ortopedistas e a algumas das 1.200 jovens “auxiliares de reconstrução”, que enfrentaram as adversidades e trabalharam com energia durante a guerra. Essas jovens foram as precursoras da entidade conhecida atualmente como a *American Physical Therapy Association - APTA*.

Mary McMillan é considerada a principal condutora das técnicas inglesas para os Estados Unidos no início do Século XX. Americana, McMillan realizou seus estudos em educação física na Universidade de Liverpool e cursou pós-graduação em Londres, especializando-se em eletroterapia, exercícios terapêuticos, massagem e anatomia. Retornou para os Estados Unidos em 1916. No ano seguinte, foi convidada pelo exército americano a colaborar na emergência da Primeira Guerra Mundial, sendo a primeira “soldado raso” do

Walter Reed General Hospital, em 1918. Coube a ela a modernização e a atualização das técnicas e equipamentos empregados pelo Exército Americano.

Com a entrada dos Estados Unidos na guerra, o Congresso autorizou a realização de um seguro financeiro para a reabilitação dos homens permanentemente inválidos. Também foram autorizadas contratações de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e dietistas como civis pelo Departamento Médico do Exército e a abertura da Divisão de Hospitais Especiais e Reconstrução Física.

Segundo Murphy (1995), cerca de 1 milhão de homens americanos foi enviado para o exterior, e cerca de 50.000 a 75.000 retornaram para os Estados Unidos para receber tratamento em reabilitação.

Nessa época, cada hospital deveria ter uma unidade padrão de Fisioterapia. A meta ambiciosa da Divisão de Hospitais Especiais era a de reabilitar cada um dos soldados lesados e incapacitados para o mais próximo da normalidade possível. O tratamento visava não apenas a restauração anatômica mas também a funcional. As técnicas fisioterápicas empregadas incluíam hidroterapia, eletroterapia, todas as formas de exercícios ativos e exercícios passivos, como a massagem. Após a Fisioterapia, muitos soldados eram encaminhados para a Terapia Ocupacional.

Como havia carência de profissionais aptos a atuarem na Fisioterapia, um professor de terapia física da *Harvard Medical School* lançou um programa de recrutamento de jovens e mulheres solteiras entre 25 e 40 anos, que receberam a denominação de “auxiliares da reconstrução”. Durante o período da guerra, não era permitido aos homens trabalhar como “auxiliares”. Para as mulheres, a nova modalidade de trabalho era considerada uma “oportunidade de tornar a vida mais parecida à dos homens”¹⁰ (MURPHY, 1995, p.47).

Preferencialmente eram aceitas as candidatas que possuíssem cursos em qualquer uma das áreas da Fisioterapia; graduadas em escolas de educação física ou enfermagem; ou que fossem treinadas por ortopedistas. Para treinamento específico, foram abertos sete centros de treinamento emergencial.

As empregadas civis não tinham os mesmos privilégios dos militares, porém cumpriam as ordens e a disciplina impostas pela estrutura do comando militar a que estavam vinculadas.

Para empreender as terapias de reabilitação, inicialmente os pacientes eram avaliados pelos cirurgiões ortopédicos ou gerais, que diagnosticavam e prescreviam os tipos de recursos

¹⁰ Tradução livre.

e a forma como deveriam ser empregados. Segundo Murphy (1995), deve-se destacar que, mesmo entre os mais avançados postos de atendimento médico, a prescrição fisioterapêutica era baseada primariamente no conhecimento empírico e em técnicas limitadas. Os casos mais comumente encaminhados para o tratamento com massagem e ginástica médica eram os ferimentos, fraturas, anquiloses, paralisias, amputações e disfunções motoras ou nervosas.

Também como ocorreu na Inglaterra, os salários pagos às “auxiliares de reconstrução”, correspondente a 50 dólares por mês, eram menores que os pagos aos dietistas civis e enfermeiros militares.

Para suprir a meta de dois fisioterapeutas para cada grupo de cinquenta leitos hospitalares, em 1918 foram convocadas cerca de mil auxiliares treinadas, aumentando o número de centros de treinamento.

Mary McMillan foi convidada para ser professora no *Reed College*, cujo currículo tornou-se modelo para todos os outros cursos. Tal currículo consistia de 457 horas de sala de aula, incluindo 112 de massagem, 99 de anatomia (com utilização de cadáver), 66 de exercícios terapêuticos, 32 de fisiologia, 10 de uma combinação de hidro e eletroterapia, 23 de teoria e prática de bandagem, 6 de cinesiologia e 2 de ética. Dez horas eram destinadas ao estudo dos efeitos psicológicos da injúria e recuperação. Também incluía 163 horas de prática em pacientes, sob supervisão.

Várias “auxiliares de reconstrução” pioneiras foram enviadas à Europa, principalmente à França, onde encontraram situações difíceis de sobrevivência, decorrentes do momento histórico. A maior parte do trabalho realizado nos hospitais no exterior era a “massagem para fraturas”, para prevenção de contraturas e deformidades.

Em janeiro de 1919, McMillan retornou para Washington para trabalhar junto à Cúpula do Exército, foi promovida a chefe do Departamento de Fisioterapia e, posteriormente, ao cargo de supervisora das “auxiliares de reconstrução”.

Com o fim da guerra, muitas “auxiliares de reconstrução” foram demitidas, outras permaneceram empregadas no Sistema de Saúde Pública dos Estados Unidos, ao qual coube a responsabilidade de cuidar dos seqüelados. Muitas profissionais passaram a trabalhar em regime civil, em setores privados de ortopedia, clínicas de indústrias ou com crianças incapacitadas.

Em 1922, foi realizado um novo e permanente programa de treinamento para Fisioterapia, com duração de quatro meses, no *Walter Reed General Hospital*, a fim de garantir um “exército” de fisioterapeutas bem treinadas. Para Murphy (1995), a Fisioterapia nos Estados Unidos, como princípio e como profissão, estava começando nesse momento.

1.4. As Décadas de 1920 e 1930.

No início da década de 1920, na Inglaterra, houve uma mudança na entidade representativa da categoria com a criação da *The Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics, (CSMMG)* (Sociedade Patenteada de Massagem e Ginástica Médica), formada de uma união entre a *Incorporated Society of Trained Masseuses* e o *Institute of Massage and Remedial Gymnastics* de Manchester.

Congressos anuais passaram a ser realizados pela *CSMMG*, a maioria deles sediada em Londres, embora outras cidades como Manchester, Edinburgo e Glasgow também tenham sido escolhidas para sediá-los. Os encontros tornaram-se bastante divulgados e, com boa reputação, tornaram-se objeto de publicidade para os palestrantes.

O *Journal* manteve-se como uma importante fonte de informações, principalmente para os membros que residiam em locais distantes. Os artigos publicados na década enfocavam principalmente assuntos de: anatomia e fisiologia; lesões e fraturas resultantes da guerra e pós-guerra; tratamento com luz ultravioleta; deformidades e doenças como poliomielite ou encefalite letárgica; e disfunções reumáticas. Também havia artigos sobre massagem e exercícios no período pós-parto.

Barclay (1994) afirma que, após a Primeira Guerra, cerca de 3.400 homens com neurose provocada pelo conflito militar encontravam-se em tratamento em instituições especiais, enquanto muitos outros aguardavam vagas. Esse período, segundo o autor, coincidiu com a disseminação das idéias de Freud, refletindo um interesse, sem precedentes, entre os membros da Sociedade, sobre assuntos ligados à psicologia. O *Journal* divulgou 80 artigos dessa área, incluindo psicoterapia para os homens com distúrbios nervosos ou outros distúrbios psicológicos resultantes de exposição a batalhas. Palestras foram realizadas e temas como ‘Mente e corpo – emoções, circulação e hormônios’, ‘Desenvolvimento emocional na infância e adolescência’, ‘Fantasia e sonhando acordado’, ‘Sugestibilidade’ e ‘A relação do paciente com a massagista’ foram reimpressos pelo jornal.

Assuntos profissionais também foram publicados, incluindo: tratamento de pessoas com seguros de saúde, registro estadual e leis éticas.

Embora o tratamento físico tenha ganhado prestígio durante a guerra, muitas pessoas desconheciam a existência da Sociedade. Esse fato incentivou o Comitê de Propaganda a enviar catálogos para médicos do Reino Unido e folhetos anexos à *Clinical Research*¹¹. Nesse

¹¹ Revista de cunho científico da área médica.

período também idealizou-se um código de ética, a fim de manter o “*status*” profissional da Sociedade e diferenciar seus membros dos práticos, que haviam lançado uma entidade denominada *Private Practitioners' Association (PPA)* – (Associação de Práticos Particulares).

Com objetivo de beneficiar os membros da *CSMMG* residentes nas províncias, juntas de examinadores locais foram fundadas e diversas sedes regionais instaladas no país, num total que, em 1930, contabilizava quinze. Além dos comitês locais e regionais, foi fundada uma Associação de Professores, dando início a encontros regulares, leituras e cursos de verão anuais. Tratava-se de um grupo pequeno mas influente, inicialmente composto apenas pelos membros que possuíam certificados de professores emitidos pela *CSMMG* e posteriormente estendido a todos os professores de massagem e de ginástica médica dos colégios de treinamento físico.

A carência de trabalho na Inglaterra levou um grande número de membros da Sociedade a buscar emprego em outros países, sendo os mais procurados o Canadá, a Austrália, Nova Zelândia e África do Sul, cujos massagistas haviam desempenhado um papel importante durante a Primeira Guerra Mundial, e agora estabeleciam suas organizações nacionais, divulgando os conhecimentos de Fisioterapia desenvolvidos na Inglaterra.

A Associação Canadense de Massagem e Ginástica Terapêutica foi fundada em 1920. Com um ano de funcionamento, contava cerca de 85 membros. A Associação Australiana de Massagem foi fundada em 1902, seguida pela Sociedade da Nova Zelândia. A Sociedade Sul Africana de Massagem e Ginástica Médica foi lançada em Durban em 1924.

Nos Estados Unidos, a partir de 1920, McMillan e algumas colegas do *Walter Reed General Hospital* iniciaram um movimento apoiado por vários médicos que haviam servido na Divisão de Reconstrução do Exército durante a Primeira Guerra para formar uma organização profissional. A primeira denominação proposta para a organização foi *American Women's Physical Therapeutic Association (AWPTA)* - (Associação Americana de Terapia Física de Mulheres) que, em 1922, mudou para *American Physical Therapy Association (APTA)* – (Associação Americana de Fisioterapia).

A Sociedade seria constituída por qualquer mulher com treinamento em Fisioterapia, com experiência igual ou superior à das fisioterapeutas “auxiliares de reconstrução” na época da Primeira Guerra. McMillan foi eleita a primeira presidente da Associação, cujo comitê executivo teve representatividade nacional. No final do primeiro ano, contava com 274 membros, representando 32 estados.

O primeiro exemplar do órgão oficial da Associação foi publicado em março de 1921, o *P.T. Review*, que, a partir de 1926, passou a ser denominado *Physiotherapy Review*; e, em

1949, *Physical Therapy Review*. Assim como na Inglaterra, a revista trouxe artigos sobre o valor da Fisioterapia, as organizações locais, resumo de livros e textos da Constituição e Leis da Associação, cujos objetivos eram¹²:

“Estabelecer e manter um padrão profissional e científico para aqueles engajados na profissão de fisioterapeutas, a fim de aumentar a eficiência entre seus membros, encorajando-os no estudo avançado; disseminar as informações através da distribuição de literatura médica e artigos de interesse profissional; assistir aos seus membros; disponibilizar treinamento eficiente de mulheres para servir a profissão médica, e manter companheirismo e intercâmbio de interesses mútuos.”

Contraditoriamente, a constituição mantinha o conceito de que os fisioterapeutas eram suportes auxiliares ou assistentes dos médicos clínicos ou cirurgiões.

Após a Primeira Guerra, departamentos de tratamento físicos foram construídos ou restaurados nos hospitais em toda a Inglaterra. Nessa década, iniciou-se a utilização do tratamento físico em empregados de indústrias leves, pela constatação de que uma massagista bem qualificada valia em qualquer planejamento industrial, uma vez que diminuía o tempo de licença dos trabalhadores.

O tratamento físico também passou a ser empregado no atendimento a jovens e crianças que apresentavam seqüelas motoras, de alto índice no período pós-guerra. Em áreas industriais insalubres, 22,9 por 1000 crianças apresentavam lesões, e pesquisas apontavam a tuberculose de articulações e ossos como responsável por 30 a 40% dos casos, seguida pela paralisia infantil, raquitismo, doenças cardíacas, paralisia cerebral e deformidades congênitas. Um número crescente de leitos destinados ao tratamento de crianças e jovens foram sendo criados com a ajuda financeira da Cruz Vermelha e do Memorial de Guerra *Shropshire*.

Uma Junta de Examinadores era responsável pela realização dos exames nos candidatos a membros da *CSMMG*. Os padrões de exames mudaram radicalmente. Em 1918, houve quatro exames em massagem, quatro em eletricidade médica, dois em ginástica terapêutica e um em ensino de ginástica terapêutica. A partir de 1919, foi introduzido um exame conjunto em massagem e ginástica médica como requisito básico para entrar na profissão. Este exame consistia de prova escrita em anatomia e fisiologia, com três horas de duração, e teoria e prática da massagem e ginástica médica, também com três horas; exame oral em anatomia e fisiologia, com quinze minutos; um exame prático em massagem e ginástica médica, compreendendo: massagem geral, trinta minutos; fraturas e bandagem,

¹² Tradução livre de Murphy, 1995, p.74.

quinze minutos; trabalho cirúrgico e ortopédico com um examinador leigo, trinta minutos; e trabalho médico com um examinador médico, trinta minutos.

Nota-se que o profissional progressivamente foi assumindo habilidades necessárias para o seu bom desempenho profissional, associando massagem, ginástica médica e eletroterapia. Por volta da metade da década de 1920, após discussões, planejou-se um programa de 12 semanas para exame de foto e eletroterapia, englobando alta-frequência, diatermia médica e luz ultra-violeta.

Nos Estados Unidos, após a organização da *APTA*, o recurso mais utilizado para manter o padrão profissional foi o treinamento educacional. A Constituição original da Associação limitava aos seus membros uma graduação em escolas de Fisioterapia reconhecidas, porém não deixava claro quem deveria reconhecê-las, uma vez que os cursos de treinamento de emergência de guerra do exército haviam sido interrompidos no período pós-guerra.

Alguns médicos chegaram a propor que a pessoa ideal para fazer Fisioterapia deveria ser uma “enfermeira treinada”, capaz de aplicar eficazmente uma prescrição médica. A essas profissionais deveria ser pago um salário equivalente a \$12,00 por semana, ou seja, de um terço a um quinto do valor pago às escolarizadas.

Os membros da *APTA* defendiam que a nova geração de fisioterapeutas deveria ter no mínimo dois anos de treinamento em educação física ou enfermagem, aos quais somariam cursos de especialização complementar nas várias modalidades da Fisioterapia.

Em 1926, o Comitê em Educação e Publicidade da *APTA* propôs para as escolas um currículo mínimo, oferecendo um curso completo de Fisioterapia, que recomendava a duração de nove meses e 1.200 horas, consistindo de 33 horas de instrução em Fisioterapia por semana. Como pré-requisito para o curso de pós-graduação, era exigida a graduação em escolas de educação física ou enfermagem devidamente reconhecidas.

Concomitante ao trabalho realizado pelo Comitê, Lucile Grunewald, uma fisioterapeuta assistente do Departamento de Educação Física para Mulheres da Universidade da Califórnia, empreendeu um estudo sobre “a Fisioterapia como profissão”. O trabalho destinava-se a prover bases racionais com as quais a universidade desenvolveria seu próprio programa de bacharelado em Fisioterapia.

Seu trabalho buscava um padrão ideal de requisitos mínimos para a formação do profissional. Após pesquisas, Grunewald propôs que a Universidade deveria oferecer um curso de quatro anos, que incluiria artes liberais, cursos de ciência fundamental e educação em Fisioterapia especializada. Sugeriu também que o curso fosse capaz de desenvolver no

estudante a capacidade de realizar um julgamento maduro, com visão, imaginação e outras qualidades humanas.

Numa visão muito avançada para seu tempo, suas propostas foram consideradas irreais, pois se creditava ser a Fisioterapia muito “jovem” para uma graduação universitária.

Na Inglaterra, a década de 1930 foi caracterizada como anos de depressão econômica, tensão internacional e “idéias eugênicas”¹³. Apesar das dificuldades enfrentadas no período, o número de mortes continuava a declinar, como vinha acontecendo desde o início do século, associado à menor incidência de raquitismo e tuberculose óssea. Porém, havia um comprometimento do Governo inglês em atender a saúde da população jovem residente nas áreas industriais pobres, que recebia assistência de serviços-escola e do Seguro Nacional de Saúde.

Nesse sentido, houve um esforço grande para melhorar o aspecto psicológico dos jovens. Os serviços de bem estar infantil foram ampliados; dança, caminhada, natação e outras atividades foram estimuladas e a educação física nas escolas tornou-se mais agradável.

O número de profissionais associados à *CMMSG* crescia progressivamente, chegando a cerca de 11.797 em 1939.

A denominação da Sociedade, que incluía o termo massagista, foi considerada insuficiente para seus membros, que apresentavam outras habilidades na área. Entre 1937-1939 as discussões sobre a adoção de um outro nome passaram a ser realizadas pelo próprio *Journal* e em reuniões de profissionais. Enquanto os membros mais antigos consideravam a massagem sua verdadeira vocação e não concordavam com mudanças, outro grupo pressionava pela adoção do título ‘*Chartered Society of Physiotherapy*’ (Sociedade Patenteada de Fisioterapia).

Nesse período, o *Journal* publicou diversos itens sobre radiografia, terapia ocupacional e quiropodia¹⁴, profissões consideradas alternativas para os diversos membros da Sociedade.

A radiologia e a massagem co-existiram amigavelmente durante esses anos. Em 1934, durante o 30º Jantar Anual da *Society of Radiographers*, seus membros foram alertados de que a maioria das vagas de emprego na radiologia estava preenchida. Assim, que eles buscassem a massagem como carreira alternativa, já que ambas atuavam na ortopedia.

A Terapia Ocupacional surgia, então, como uma nova profissão, e foi considerada por alguns membros da Sociedade uma nova ameaça. Sua prática se estabeleceu na Inglaterra em

¹³ Relativo ao estudo das condições mais propícias à reprodução e melhoramento da raça humana.

¹⁴ Ramo da medicina que diz respeito à prevenção e tratamento de lesões do pé.

1930, e se definia na *Physiotherapy Review*¹⁵, em 1932, como ‘qualquer atividade, mental ou física, definitivamente prescrita e dirigida com uma proposta distinta de contribuir e apressar a recuperação de uma doença ou lesão’. Advogava que, embora a Terapia Ocupacional tivesse lugar nos hospitais de tratamento mental, ortopédico, gerais e de tuberculose, não estava tentando transgredir o campo da Fisioterapia, mas seguindo, suplementando e estendendo os tratamentos por meio das artes (BARCLAY, 1994, p.104).

Segundo Barclay, os membros da Sociedade Patenteada reconheceram que estavam realizando Terapia Ocupacional por anos, e defenderam a sua continuidade por acreditar que a sua autonomia era uma extensão da educação muscular por eles realizada.

A escola de Terapia Ocupacional *Dorset House* foi aberta em Bristol, em 1930; e a *British Association of Occupation Therapy (BATO)* (Associação Britânica de Terapeutas Ocupacionais) instalada cinco anos após.

Entre 1939 e 1940, representantes da *BATO* e da *CSMMG* discutiram a possibilidade de trabalhos conjuntos e concordaram que os estudantes de Terapia Ocupacional poderiam assistir às aulas de anatomia, fisiologia e patologia na Escola Bristol de Massagem. Ao mesmo tempo, os membros da *CSMMG* poderiam realizar um curso rápido de Terapia Ocupacional, com duração de nove meses.

Esse período foi marcado pelo aumento do intercâmbio profissional entre diversos países. Muitos membros da Sociedade viajaram para participar de cursos ou conferências em Viena; Pistany, na Tchecoslováquia; em Copenhagem e Estocolmo; na Alemanha e França. Ocorreram nessa década: o Primeiro Congresso Internacional de Massagem, em Paris; o Congresso da Sociedade Internacional de Hidroterapia, em Wiesbaden; e a 17ª Convenção Anual da *American Physiotherapy Association* (Associação Americana de Fisioterapia), em Boston.

Percebe-se que, durante esse período, aumentou a procura dos exames realizados pela *CSMMG*. Foram introduzidos exames em tratamento elétrico para candidatos cegos e para o ensino de hidroterapia, e um exame básico em hidroterapia. Os exames em ensino de eletricidade médica e em foto e eletroterapia foram substituídos pela nova qualificação denominada Eletroterapia, que passou a incluir a diatermia de ondas curtas, um novo recurso da época.

Embora os anos de 1930 tenham sido difíceis para os membros da Sociedade, já que muitos perderam seus empregos pela queda no número de veteranos de guerra que

¹⁵ Revista americana de cunho científico da área da Fisioterapia.

necessitavam de tratamento, novas áreas de atuação despertaram o interesse dos massagistas, por exemplo, o tratamento de lesões provocadas pelo esporte. Em 1936, após dificuldades, um membro da *CSMMG* encarregou-se do Campeonato de Tênis Inglês e da Equipe da Copa Davis Britânica e Australiana.

Outras áreas de atuação profissional foram consolidadas à medida que os empregadores reconheciam a vantagem do uso da massagem no tratamento precoce das doenças ocupacionais, por exemplo, as relacionadas com os trabalhadores nas indústrias.

Apesar da depressão econômica, alguns hospitais criaram ou ampliaram os departamentos de tratamento físico, tornando-os mais adequados e melhor aparelhados. Mesmo com o surgimento de outras áreas de atuação profissional, a ortopedia continuava a ser a principal fonte de emprego.

Com a diminuição da incidência de tuberculose óssea e articular, os hospitais passaram a admitir mais crianças com deformidades congênitas, paralisia cerebral e seqüelas de poliomielite. A Fisioterapia teve um papel importante na reeducação muscular dos pacientes acometidos pela poliomielite e muitos profissionais se dedicaram exclusivamente a esse trabalho.

Outro campo que surgiu nessa época esteve relacionado com o tratamento do reumatismo, que se tornou doença endêmica na Inglaterra, considerada ‘a inimiga número um’ devido à miséria e ao alto custo que gerou para a nação. O tratamento físico, principalmente a hidroterapia, era comprovadamente benéfico para os pacientes acometidos pela doença reumática. Em 1930, foi aberta a Clínica para Reumatismo da Cruz Vermelha, fato que incentivou o planejamento de um roteiro de curso e um exame em hidroterapia. O primeiro curso, iniciado em 1930, continha a física da hidroterapia; fisiologia e patologia; aplicações do calor e do frio; banhos de imersão; banhos de lama, banhos de ar quente e vapor; compressas de gelo; duchas e tratamento em balneário.

Nos Estados Unidos, em 1930, após vários estudos, o Comitê em Educação e Publicidade da *APTA* publicou o currículo mínimo e a lista de escolas qualificadas no *Journal of the American Medical Association* (Jornal da Associação Médica Americana), solicitando que os médicos seguissem suas recomendações. O currículo proposto para os cursos de Fisioterapia tinha a duração de nove meses, incluindo 33 horas semanais de instruções de Fisioterapia, com um total de 1200 horas.

Acompanhando o crescimento da Associação, o conteúdo editorial da *Physiotherapy Review* tornou-se mais científico e substantivo. Os tópicos mais abordados em ordem de frequência foram: eletroterapia, fisioterapia como profissão, postura, hidroterapia,

espasticidade, poliomielite, artrite, terapia ultravioleta, fraturas e massagem. Vários profissionais passaram a contribuir com artigos próprios.

Dentre as modificações propostas para a Constituição e pelas Leis, incluiu-se um regimento específico sobre a relação ética dos fisioterapeutas com a profissão médica. Os fisioterapeutas, que sempre tiveram concordância com a política de “auxiliar o médico” institucionalizada na rotina militar durante a guerra, agora estavam empenhados para que, nas mais diversas jurisdições da prática civil da Fisioterapia, esse princípio fosse revisto.

Como ocorreu na Inglaterra e em vários países, o surto de poliomielite também provocou o crescimento da Fisioterapia nos Estados Unidos.

Embora acometesse preferencialmente as crianças, sua vítima mais importante foi um adulto, Franklin Delano Roosevelt¹⁶, então com 39 anos, que desenvolveu poliomielite paralítica em suas pernas e tronco inferior.

Após dois anos de tratamento com dois médicos em Nova York, que não resultou em melhoras satisfatórias, Roosevelt submeteu-se a um tratamento com águas terapêuticas de *Warm Springs*, Georgia, que lhe trouxe progressos motores. Os progressos possibilitaram seu retorno à vida política, incentivando-o a construir um centro de cuidados hidroterapêuticos e a contribuir para o crescimento no tratamento da poliomielite.

A publicidade favorável atraiu contribuições financeiras, beneficiando um grande número de pacientes nos anos seguintes e despertando o interesse de um também grande número de médicos e fisioterapeutas para o trabalho nessa área.

A vitória de Roosevelt como o 32º presidente dos Estados Unidos e as mudanças de sua administração impulsionaram avanços no cuidado da poliomielite e de outras doenças, contribuindo indiretamente para a Fisioterapia. Festas beneficentes chegaram a arrecadar cerca de um milhão de dólares por ano, destinados ao trabalho nos centros de reabilitação, permitindo a compra e incentivando o desenvolvimento de novos equipamentos e de pesquisas na área. O cuidado destinado às vítimas da poliomielite manteve-se como tema central das profissões da saúde mesmo durante o período da Segunda Guerra Mundial.

Em 1935, foi aprovado, no Congresso Nacional Americano, o *Social Security Act* – (Ato de Seguridade Social), que garantia o seguro-desemprego e continha seções voltada para o cuidado da saúde e reabilitação vocacional.

O interesse crescente pela reabilitação, que de fato era uma necessidade social, incentivou o desenvolvimento de pesquisas na área, expansão de cursos, e o investimento de

¹⁶ Na época um importante político americano.

mais de um milhão de dólares em dez escolas médicas distribuídas pelo país e empregado no ensino da medicina e em residências médicas, transformando a Medicina Física em uma especialidade.

Esses fatores desenvolveram a Fisioterapia na esfera da reabilitação, com a realização de grandes programas em escolas de prestígio. Várias companhias industriais de alta tecnologia investiram no desenvolvimento de equipamentos e artigos, ficando muitos fisioterapeutas diretamente envolvidos como pesquisadores em estudos biomecânicos de tecidos e locomoção.

Na Inglaterra, no final da década de 1930, com a crescente tensão internacional e a proeminência de uma nova Guerra, a *CSMMG* começou a se preocupar com criar um serviço de massagem de emergência. Em 1938, um mil e quinhentos membros já estavam inscritos para servir como voluntários.

O conflito militar se instalou, envolvendo praticamente todos os continentes, e gerou, conseqüentemente, elevada mortalidade e alto índice de seqüelados. Mais uma vez, as entidades representativas da Fisioterapia começaram a exigir de seus profissionais criatividade na aplicação de novas técnicas e novos recursos para atender o grande número de pacientes.

1.5. A Segunda Guerra Mundial (1939 –1945)

Pode-se afirmar que a Segunda Guerra Mundial foi uma continuação da Primeira, pois as contradições imperialistas não tinham sido resolvidas e voltaram a aflorar.

Ao findar a Primeira Guerra Mundial, a “Liga das Nações” estabeleceu um novo mapa da Europa. As nações mais prejudicadas pela imposição do Tratado de Versalhes foram a Alemanha e a Áustria-Hungria, principais derrotadas da Guerra. Além da separação entre a Áustria e a Hungria, foram criados novos países: Iugoslávia, Tchecoslováquia, Polônia, Lituânia, Letônia, Finlândia, Irlanda e Islândia. Vários deles surgiram por meio da junção artificial, num mesmo território e sob um mesmo governo, de populações pertencentes a nacionalidades diferentes e, algumas vezes, rivais. Foi o caso dos sérvios, croatas e eslovenos, reunidos na Iugoslávia, que gerou, até o final do século XX, guerras e conflitos étnicos.

Além dessas uniões forçadas, existiam nacionalidades espalhadas por vários países europeus, como os alemães residentes na Polônia, Hungria, Áustria, Tchecoslováquia e os judeus, distribuídos por todos os países da Europa. Os conflitos resultantes dessas diferenças

étnicas e as grandes perdas territoriais impostas aos alemães contribuíram decisivamente para a eclosão da Segunda Guerra Mundial.

É importante lembrar que, na década de 1920, a Europa enfrentava sérias dificuldades para reconstruir sua economia, arrasada pela Primeira Guerra. Aumento da dívida externa, inflação, diminuição da produção, desemprego eram problemas de todo o continente e contribuíam para uma atmosfera de revolta, principalmente entre os alemães e italianos, os mais atingidos pela crise.

A Itália, apesar de estar entre os vencedores da Guerra, não teve suas reivindicações territoriais atendidas pelas grandes potências: Inglaterra e França. Isso contribuiu para aumentar o sentimento de humilhação e fomentar o nacionalismo dos italianos. Essa situação, aliada à grave crise econômica, levou ao extremismo dos grupos que pregavam saídas para a crise – comunistas e fascistas. Os fascistas vitoriosos estabeleceram uma ditadura na Itália entre 1922 e 1945.

Entre os alemães, principais derrotados na Primeira Guerra, a situação econômica era ainda mais grave. Para pagar as pesadas indenizações impostas pelos vencedores e recuperar sua economia, o governo alemão recorria a empréstimos que o deixavam cada vez mais dependente da França, Inglaterra e Estados Unidos da América. Com a crise da economia capitalista no final dos anos de 1920, cessaram os investimentos externos que alimentavam a economia alemã. A inflação atingiu cifras imensas e o desemprego chegou a um terço de todos os trabalhadores.

Em meio a esse cenário, cresceu entre os alemães um movimento de extrema direita conhecido como nazismo. Sob o comando de Adolf Hitler, os nazistas ocuparam o poder na Alemanha em 1933 e estabeleceram um regime que visava o controle total das pessoas e reprimia as individualidades em prol da coletividade racial, entendida como a superior “raça ariana”.

A Guerra ocupava um lugar de destaque nas formulações do movimento nazista. Uma delas era a necessidade da conquista do chamado “espaço vital alemão”, isto é, de um território maior que lhes permitisse desenvolver seus desígnios de raça superior e reconstruir o império alemão, destruído e humilhado pelo Tratado de Versalhes.

Em 1938, Hitler anexa a Áustria à Alemanha, invocando o princípio da “germanidade”, baseado em argumentos ideológicos de fundo racista. Com essa mesma argumentação, anexa também a Tchecoslováquia e a Polônia. Em 1940, as tropas alemãs ocupam a Holanda, a Bélgica e a França.

A invasão da URSS pela Alemanha ocorre em junho de 1941, pela discórdia em relação às áreas de influência nos Balcãs, na Turquia e na Finlândia. A partir de então, a Rússia passa a fazer parte da Resistência dos Aliados.

Os Estados Unidos entram no conflito em dezembro de 1942, ao lado dos ingleses, após o ataque surpresa japonês à base norte-americana de Pearl Harbor, no Havaí. O grande potencial bélico norte-americano foi decisivo para a derrota alemã.

O fracasso da Alemanha teve início em 1941, quando os alemães invadiram a União Soviética e foram obrigados a recuar diante da resistência dos soviéticos. A entrada dos Estados Unidos entre os aliados contribui ainda mais para o enfraquecimento alemão.

A Guerra chegou ao final, quando o último dos países do Eixo, o Japão, foi derrotado, bombardeado por armas atômicas norte-americanas, em 1945. Como resultado, a Europa contabilizou 8 milhões de mortos e 20 milhões de feridos.

Terminado o conflito, as nações vitoriosas, Inglaterra, França e Estados Unidos, empreenderam um amplo programa de recuperação econômica da Europa. Algumas cidades tiveram de ser totalmente reconstruídas. Vários hospitais haviam sido atingidos pelos bombardeios e tiveram de ser recuperados.

O número de pessoas que faleceu durante a Segunda Guerra Mundial foi contabilizado em torno de 15 milhões, sendo a União Soviética o país com o maior número de mortes. Também a Inglaterra sofreu elevadas perdas e a sua capital, Londres, foi bastante danificada pelos bombardeios alemães. O uso cada vez mais sofisticado dos armamentos bélicos marcou a Segunda Guerra como o conflito mundial responsável pelo maior número de vítimas, pessoas feridas e seqüelados de guerra.

Com os efeitos drásticos do conflito, o campo da Medicina cresceu principalmente na especialidade de Traumatologia. Governos de vários países, incluindo a Inglaterra e os Estados Unidos, investiram significativos recursos para atender os feridos e isso significou, entre outras providências, a criação de várias clínicas de Fisioterapia para tratar os seqüelados da Guerra.

Segundo Barclay (1994), no período da Segunda Guerra Mundial, aumentou o número de profissionais associados à *CSMMG*, que passou de 12.251 em abril de 1940 para 15.118 em dezembro de 1945; porém, não houve respectivo aumento no “status” e no moral da categoria, como ocorreu por ocasião da Primeira Guerra. Também, vale ressaltar, durante esse período, em decorrência dos bombardeios, vários membros da Sociedade foram mortos, incluindo fundadores, secretários e um vice-presidente.

Durante a Guerra, os Congressos foram cancelados por dois anos. Em 1941, ocorreu, durante dois dias, o 21º Congresso promovido pela *CSMMG*, com 800 participantes. Os temas das palestras foram sobre ‘Reabilitação, fisioterapia e ortopedia’, ‘O horizonte em ampliação’. Três anos depois, a Conferência dos Fundadores foi realizada pelo Ministro da Saúde, que discursou sobre ‘Fisioterapia e a saúde da nação’.

Também em 1941, ainda em plena guerra, questionou-se a necessidade de estender as disciplinas do curso e de incluir a psicologia no currículo, considerada fator essencial na reabilitação. Discutiu-se sobre a relação entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com alguns advogando treinamentos distintos para cada profissão e outros acreditando pertencer a Terapia Ocupacional à Fisioterapia como parte do roteiro de curso proposto pela Sociedade.

Ainda nesse ano, foi encaminhada uma proposta de alteração do nome da entidade para *Chartered Society of Physiotherapy* (Sociedade Patentada de Fisioterapia). Em princípio, o Conselho concordou com dúvidas sobre o título. Discutia a inclusão dos termos Massagem e Ginástica Médica, e Sociedade de Fisioterapeutas.

Em 1942 a *Massage Corps* (Corporação de Massagem) contava com 6.000 membros trabalhando em departamentos de reabilitação nos Serviços Médicos de Emergência hospitalares ou domiciliares no país e, fora dele, ligados ao Ministério da Guerra e Aeronáutica; os demais membros continuavam a trabalhar em serviços particulares, em indústrias e clínicas ou hospitais não vinculados aos Serviços Médicos de Emergência.

Durante a guerra, foram planejados novos serviços nacionais de saúde, que incluíam desde a assistência preventiva até o tratamento das incapacidades provocadas pelo conflito.

Também em 1942, o Conselho da *CSMMG* organizou um *Post-war Reconstruction Committee* (Comitê de Reconstrução Pós-Guerra) com o objetivo de idealizar dois serviços: o primeiro, denominado *District Physiotherapy Service* (Serviço de Fisioterapia Distrital), para se unir à *BMA*; e o segundo, denominado *Reorganization Committee* (Comitê de Reorganização), para planejar um treinamento em Fisioterapia de três anos e um programa de emissão de diplomas e bolsa de estudos. Um ano após, um *Committee on Rehabilitation* (Comitê em Reabilitação) foi formado juntamente com a *Association of Occupational Therapists* (Associação de Terapeutas Ocupacionais) e a *Ling Association*.

Em 17 de novembro de 1943, a *Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics* tornou-se definitivamente *Chartered Society of Physiotherapy*, a Corporação de Massagem passou a ser denominada Serviço de Fisioterapia e seus membros passaram a ser fisioterapeutas patenteados.

As lesões corporais resultantes da Primeira Guerra Mundial foram principalmente ortopédicas, o que incrementou o reconhecimento do trabalho das massagistas nessa área. Dos ferimentos nos conflitos armados e bombardeio a civis resultaram novas especialidades, como a cirurgia plástica e o tratamento de lesões medulares. O tratamento passou a ser multidisciplinar e a palavra-chave, 'reabilitação', da qual faziam parte a ortopedia, a medicina física, a fisioterapia, a ginástica terapêutica, a terapia ocupacional, o serviço social e outras especialidades que tivessem um papel a desempenhar.

Durante e após a Segunda Grande Guerra, a reabilitação tornou-se uma forte tendência de atuação. Um conselheiro do Ministério da Saúde definiu-a como 'o método pelo qual a função fisiológica é totalmente restabelecida após sua perda temporária por lesão ou doença', e acrescentava a necessidade de se garantir aos profissionais uma remuneração adequada tanto para o cuidado físico quanto para o psicológico (BARCLAY, 1994, p.141).

No início da década de 1940, o Ministro da Saúde inglês começou a instalar serviços de Fisioterapia e reabilitação em todos os Hospitais de Serviço Médico de Emergência de trezentos leitos ou mais. A maioria dos departamentos se destinava a tratamentos ortopédicos, de lesões medulares e cirurgias plásticas, e contava com uma equipe completa de reabilitação. Os programas de reabilitação incluíam exercícios terapêuticos, exercícios com pesos e roldanas, treinamento físico geral, fisioterapia, terapia ocupacional, jogos organizados, natação e recreações, como ciclismo e caminhada. Esse modelo de equipe, posteriormente, influenciou a organização dos serviços de reabilitação instalados no Brasil.

A responsabilidade total da equipe de reabilitação era disputada pelo cirurgião ortopédico e especialistas em medicina física, sendo que, nos debates, a *Chartered Society of Physiotherapy* tendia a apoiar os especialistas em medicina física.

A ênfase na reabilitação despertou nos membros da Sociedade a necessidade de implementar cursos na área, sob o modelo do serviço desenvolvido no Centro de Reabilitação no *Berry Hill Hal*, feito de forma intensiva, capacitando 60% dos homens a retomar a execução de tarefas pesadas e a 40%, tarefas leves. Os programas de tratamento oferecidos incluíam dois períodos de uma hora e meia no ginásio, uma hora de terapia ocupacional e três horas de fisioterapia. Em julho de 1942, o *Berry Hill Hall* ofereceu cursos de reabilitação aos membros da Sociedade com duração de dez semanas.

As características importantes da reabilitação foram agrupadas em 1943, no artigo *Rehabilitation, Re-education and Remedial Exercises* (Reabilitação, Reeducação e Exercícios Terapêuticos). A publicação continha artigos sobre manipulação, massagem em enxerto de pele, terapia ocupacional, eletricidade e reabilitação.

Essa ênfase diminuiu o trabalho realizado nos pacientes considerados crônicos, especialmente nos indivíduos com reumatismo e jovens incapacitados física ou mentalmente ou acometidos por poliomielite.

Com a entrada dos Estados Unidos em 1941 na Segunda Guerra Mundial, o Presidente Roosevelt decretou estado nacional de emergência, e preparou o país para sua própria defesa, incluindo o cuidado médico das forças militares americanas.

Como na Primeira Guerra, coube ao Escritório Geral do Exército a responsabilidade de organizar os hospitais militares ultrapassados e inadequados.

Utilizando a proporção de sete fisioterapeutas para cada mil leitos hospitalares, estimou-se que seriam necessários cerca de 2.100 fisioterapeutas para esses anos. Essa situação significou emergência nacional na profissão. Em 1941, seis meses antes do ataque a Pearl Harbor¹⁷, iniciou-se o primeiro curso de treinamento emergencial de guerra, com duração de seis meses de instruções didáticas e seis meses de prática supervisionada em hospitais militares. Em seguida, muitos cursos foram abertos com o mesmo critério.

Somente em dezembro de 1942 foi publicada a lei que conferia às mulheres fisioterapeutas e dietistas qualificadas os mesmos privilégios e benefícios dos membros da Corporação de Enfermeiras do Exército. Em 1944, com a nova legislação, a denominação de “auxiliares da reconstrução”, já em desuso desde 1926, foi mudada para fisioterapeutas.

Similarmente aos hospitais ingleses, durante a guerra os hospitais americanos tornaram-se especializados no tratamento de incapacidades, particularmente: amputações, lesões do nervo perineal e lesões medulares. O grande número de pacientes atendidos permitiu o aperfeiçoamento das técnicas empregadas no cuidado da saúde, principalmente as da Fisioterapia.

Em 1942, foi organizado o Conselho Nacional de Reabilitação, por iniciativa da *APTA*, que também realizou um esforço paralelo para se unir a fisioterapeutas de outros países.

A Fisioterapia, que se caracterizara como atividade feminina desde o seu surgimento, teve em 1942, a eleição de um homem para líder nacional da *APTA*.

Na Inglaterra, durante esses anos, contabilizou-se um total de trinta escolas de treinamento no país. Com uma visão crítica e de acordo com a proposta de serviço de saúde pós-Guerra, o Comitê de Reorganização, a Associação de Professores e os Conselhos de

¹⁷ O ataque a bases americanas pelos japoneses resultou no ingresso dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial.

Examinadores propuseram um roteiro¹⁸ para curso de três anos, que reunia o conjunto de treinamento em eletroterapia e incluía a reabilitação moderna.

A proposta desagradou alguns, já que várias práticas obsoletas estavam mantidas. E apontava a falta de esquemas de treinamento adequado para professores, o que se tornaria uma questão para a Sociedade nas próximas décadas.

Mesmo com todo o trabalho realizado pela *Chartered Society of Physiotherapy*, os trabalhadores desqualificados ainda representavam um problema. Alguns hospitais ainda continuavam a recrutar garotas com idade entre 17 e 21 anos para serem treinadas como auxiliares de ortopedia e trabalhar em hospitais militares e civis na Escócia.

Os relatórios oficiais do início dos anos de 1940 indicavam que os fisioterapeutas teriam um grande número de oportunidades no pós-guerra, com a promissora inclusão dos serviços de reabilitação no Seguro Social, e o interesse de vários membros da *BMA* e de Ministros no trabalho da Fisioterapia na Saúde Nacional.

1.6. Os Anos de 1945 a 1959.

O período compreendido entre os anos de 1945 e 1959 pode ser considerado de reconstrução e redirecionamento para a Fisioterapia, pois nele originaram-se muitas das características e práticas presentes ainda nos dias de hoje.

Na Inglaterra, no final de 1945, o Conselho de Fisioterapia iniciou um trabalho junto ao Ministério da Saúde com o objetivo de integrar essa forma de assistência ao *National Health Service (NHS)* (Serviço Nacional de Saúde). Nesse mesmo ano, foi enviado ao Ministro da Saúde um memorando intitulado ‘O lugar da Fisioterapia no Sistema Nacional de Saúde’, que continha informações sobre a Sociedade e recomendações para que o seu registro se tornasse a base para qualquer esquema futuro de reconhecimento estatal.

O Projeto de Lei do *NHS* foi encaminhado ao Parlamento em 1946, mas apenas dois anos após entrou em ação sob o total controle do Ministério da Saúde. Embora o Projeto de Lei não fizesse menção aos fisioterapeutas, esses profissionais passaram a ser exigidos em grande número.

Nesse mesmo ano, a *Chartered Society of Physiotherapy* solicitou uma reunião de emergência junto ao *NHS*, alegando a ciência do Ministério sobre as suas atuações: que estava estabelecendo Conselhos locais, planejando abrir escolas para treinamento de ex-oficiais e

¹⁸ Termo utilizado na época para designar currículo.

mulheres, estabelecer registros para fisioterapeutas não patenteados em um esquema futuro de registro estatal e buscando obter representação para fisioterapeutas em todos os níveis do *NHS*, bem como compensação financeira para os membros que se encontravam em atividade prática.

Os principais apontamentos da resposta do Ministro à Sociedade foram:¹⁹

“1. o Projeto de Lei do *NHS* não fez provisão para o registro estatal dos fisioterapeutas, mas ele poderia estabelecer qualificações mínimas.

2. a regulação da atividade prática não estava incluída no Projeto de Lei e portanto nenhuma compensação poderia ser paga.

3. os Membros da Sociedade não poderiam ser membros do Conselho Central Consultivo, dos Conselhos Hospitalares Regionais ou dos Comitês de Administração Hospitalar como fisioterapeutas, mas somente em virtude de suas habilidades administrativas individuais.

4. ele designaria Comitês Consultivos para enfermagem, odontologia e saúde mental mas “não tinha em mente na presente data designar um Comitê Consultivo para Fisioterapia”.

Em 1949, o Ministro da Saúde estabeleceu oito comitês sob responsabilidade de Mr. Zachary Cope, para considerar a “oferta e procura, treinamento e qualificações” de assistentes sociais que trabalhavam em hospitais, quiropodistas, dietistas, técnicos de laboratório, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de radiologia e fonoaudiólogos. O Comitê da Fisioterapia era composto de três médicos e quatro fisioterapeutas patenteados, nomeados pelo ministro. Uma publicação de 1951 reafirmava que os fisioterapeutas e os membros de outros grupos eram auxiliares médicos, com o papel de assistência.

Esse documento, denominado Relatório Cope em Auxiliares Médicos, em sua primeira parte tratava do Conselho de Registro de Auxiliares Médicos; na segunda, sugeria que os fisioterapeutas compartilhassem um treinamento básico com outros terapeutas físicos, isto é, terapeutas ocupacionais e ginastas médicos; e na terceira, continha pareceres da minoria de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Os fisioterapeutas patenteados defendiam a criação de um Conselho de Terapia Física no *NHS*, do qual fariam parte vários profissionais, os médicos incluídos em pequeno número.

Os grupos profissionais se recusaram a aceitar o Relatório Cope, porque nele a autonomia clínica e profissional estaria exposta a um conselho deliberativo e os seus princípios estipulados pelo governo, além de os então denominados auxiliares médicos constituírem minoria.

¹⁹ Tradução livre de Barclay, 1994, p.154

A Sociedade Patentada percebia que o termo ‘auxiliar médico’ mencionado pelo comitê era depreciativo para seus membros. Outras denominações alternativas foram sugeridas, tais como: ‘Profissão Suplementar Médica’, ‘Profissões Suplementares da Medicina’ e ‘Profissões Associadas à Medicina’, essa última escolhida e incluída na redação final do Partido Trabalhista, o Registro Estatal de 1956. Contudo, o título não se efetivou, sendo mantida a denominação do Esquema para Registro de Profissões Suplementares para Medicina, que provinha da formação de oito conselhos de registros contendo a maioria dos auxiliares médicos.

As organizações de grupos existentes, como a de fisioterapeutas cegos, professores e superintendentes, foram ampliadas, surgindo a Associação de Fisioterapeutas Ortopédicos, em 1945; a Associação de Fisioterapeutas Obstétricos, três anos após; em 1947, a Associação de Fisioterapeutas em Indústria. Também ampliou-se o envolvimento dos fisioterapeutas homens e mulheres com o mundo do esporte. Diversos homens trabalhavam para clubes atléticos e de futebol. Em 1949, foi criado o Comitê para Pesquisa no Tratamento de Lesões Esportivas.

Antes da Segunda Guerra Mundial, os homens americanos representavam apenas 1% dos fisioterapeutas graduados; em 1955, chegaram a representar de um terço à metade. O aumento da representatividade masculina começou a se refletir na liderança das entidades.

Nos Estados Unidos, a primeira e mais atuante área na qual a *APTA* exerceu sua influência foi a educacional. Com o fim da Segunda Guerra, todas as escolas do exército destinadas ao treinamento de fisioterapeutas foram fechadas, restando apenas 21 escolas aprovadas. Com a estimativa de que seriam necessários cerca de 15.000 fisioterapeutas até 1960, a *APTA* desenvolveu campanhas junto às Universidades e escolas médicas, para expandir as oportunidades de educação de nível superior, o que demonstra o interesse pioneiro desse país em caracterizar a Fisioterapia como profissão de nível superior.

Em 1947, o número de escolas aprovadas havia aumentado modestamente, mas muitos currículos haviam se ampliado de nove para doze meses; quatro escolas ofereciam certificados de programas de pós-bacharelado. Três anos mais tarde, esse número passou para 31 escolas credenciadas, 19 delas oferecendo cursos de quatro anos integrados nos programas de bacharelado e oito oferecendo certificados de pós-bacharelado.

O esforço da *APTA* foi contínuo para melhorar a oferta educacional. Em 1950, realizou-se uma reunião com diretores técnicos de escolas de Fisioterapia, em que foram discutidos temas, como orientação vocacional, adequação de espaço físico para laboratórios e aulas práticas, carência de instrutores, dificuldades em adequar os programas de Fisioterapia aos programas estabelecidos pelas Universidades, necessidade de internatos em hospitais

como uma extensão da educação, e a definição de um padrão curricular mínimo adotado pelas escolas.

Os padrões curriculares adotados até então eram aqueles estabelecidos pelo Conselho de Educação Médica da *American Medical Association* - (AMA) (Associação Médica Americana), responsável pelo reconhecimento das escolas de Fisioterapia.

Considerando esses programas de ensino precários, o novo Conselho de Diretores de Escolas de Fisioterapia, em acordo com o Departamento de Educação da APTA e do Comitê de Revisão de Currículos, decidiu realizar uma nova recomendação, que incluía a graduação de quatro anos no grau de bacharelado, centralizada na área da Fisioterapia.

A nova proposta curricular sugeria aumento de 35% no número total de horas de sala de aula, principalmente nas áreas de fisiologia, métodos de avaliação e prática clínica. O aumento de conteúdo refletia a mudança do papel do fisioterapeuta, a quem não bastava mais ter conhecimentos básicos em anatomia e fisiologia e domínio de uma série de procedimentos, mas também entender a racionalidade da aplicação de cada recurso, que, frequentemente, recaía em princípios neurológicos.

Em 1955, cerca de 81% dos estudantes de Fisioterapia cursavam programas de graduação. Foram organizados exames para credenciamento de fisioterapeutas de diversos estados. Os exames continham 310 questões distribuídas entre ciências básicas, ciências clínicas, teoria e procedimentos.

Dois anos depois, foi estabelecido a *Physical Therapy Fund* (Fundação Fisioterapia) com o objetivo de prover recursos financeiros destinados a projetos científicos, literários e educacionais em Fisioterapia. Na década seguinte, foram distribuídos cerca de \$ 80,000 em projetos de pesquisa e educação.

O período pós-guerra caracterizou-se por mudanças e expansão nos programas federais de saúde. O mais importante deles foi na esfera de ação das atividades do Serviço Público de Saúde dos Estados Unidos. O maior crescimento ocorreu nas áreas de pesquisa, treinamento e desenvolvimento das facilidades médicas. Foram construídos novos hospitais em mais de 400 cidades, velhos hospitais foram reerguidos, assim como centros de reabilitação.

A nova legislação favoreceu os serviços de reabilitação através de doações financeiras, fundos federais e estaduais, que chegaram a cerca de \$80 milhões anuais. Entre 1953, quando a fisioterapia reescreveu seu campo como Medicina Física e Reabilitação, e 1960, o número de fisiatras era de 394.

Na Inglaterra, também a Sociedade buscou uma melhor formação profissional. Um novo roteiro de curso havia sido feito e ampliado, com objetivo de promover um treinamento de três anos em massagem, ginástica e eletroterapia. Também passou a ser exigida uma experiência mínima de três semanas em enfermagem .

O alistamento oficial de estudantes tinha a duração de nove meses e continha treinamento e exames preliminares, intermediários e finais, realizados no 18º, 30º e 36º meses, respectivamente.

Os exames preliminares consistiam de dois exames escritos em anatomia e fisiologia; um exame sobre a teoria da massagem e movimento; e um em eletroterapia. Os intermediários continham um exame em técnicas de massagem e movimento; dois exames sobre tratamento de pacientes pela Fisioterapia e um sobre a técnica da eletroterapia; e também era realizada meia hora de prática em massagem, movimento e eletroterapia. O exame final consistia de demonstração prática no tratamento de um ou mais casos. Em 1949 e 1950, o total de aprovados nos exames foi: Preliminar (1109), Intermediário (581), Final (367), Conjunto (319), Eletroterapia (666), Hidroterapia (40), Ensino de Massagem e Ginástica Médica (31), Ensino de Eletroterapia (16) e Ensino de Hidroterapia (1) (BARCLAY, 1994, p.170).

Um dos maiores problemas enfrentados nessa época foi a carência de professores habilitados, o que dificultou o aumento ou melhoria na formação de novos fisioterapeutas. Desde 1945, diplomados em colégios de treinamento físico, com experiência em hospitais-escola durante cinco anos, podiam realizar cursos de um ano para tornar-se professores. Esses cursos incluíam temas de higiene escolar, história da educação, Inglês e Bíblia (facultativo); música, bordado ou artesanato, como escolhas práticas; e uma prática escolar de doze semanas.

No final dessa década, após reclamações e críticas quanto à formação de professores, o Conselho aprovou um currículo e exames de dois anos para qualificar professores de Fisioterapia. Os fisioterapeutas patenteados com dois anos de experiência clínica eram elegíveis para os cursos iniciados em 1951. A primeira parte do curso estudava anatomia e fisiologia; a segunda, os princípios e fins do tratamento fisioterápico; e a terceira, os princípios e métodos de ensino.

Durante os anos de 1940 e 1950, uma das principais causas de descontentamento dos fisioterapeutas ingleses era os baixos salários, o que resultava em queda no número de profissionais trabalhando no *NHS*. A média salarial nesse período era de 200 a 260 libras anuais, o equivalente hoje a 300 a 390 dólares, valor inferior ao recebido por uma enfermeira treinada em ortopedia. Várias propostas de aumento salarial foram enviadas aos comitês de

negociação, conseguindo 8%, índice muito inferior ao esperado. Já nos Estados Unidos, houve aumento considerável da média salarial nesse mesmo período, assim como um crescimento nas oportunidades de emprego distribuídas entre as clínicas médicas, hospitais gerais menores, infantis e grandes, e os serviços estatais.

O *Journal* passou por várias reformulações nesse período, sendo a principal delas a substituição do nome para *Physiotherapy* (Fisioterapia) no ano de 1948. Nessa época, sua circulação girava em torno de 6500 exemplares, mantendo seu papel como veículo de disseminação de conteúdos e idéias.

O Comitê de Propaganda também foi reformulado e rebatizado de Comitê de Relações Públicas no ano de 1947. Nos anos seguintes, várias formas de divulgação, como filmes, propagandas em rádio e conferências, foram empregadas, a fim de tornar a Fisioterapia mais conhecida pelo público.

Após o sucesso dos Congressos realizados em Londres, em 1945 e 1946, e em Edimburgo, em 1947, pensou-se na realização de um congresso internacional para o ano seguinte. Respondendo a uma convocação da Sociedade, 120 fisioterapeutas de vários países, representando 18 organizações, foram a Londres para um programa de debates, momento em que se idealizou uma organização internacional.

Finalmente, em 1950, após 18 meses de trabalho de um Comitê Provisório, a *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* - Confederação Mundial de Fisioterapia foi oficialmente lançada no Congresso realizado em Paris, em 1951. O seu encontro inaugural ocorreu em Copenhagem nesse mesmo ano, acompanhado por 140 fisioterapeutas de 16 países, dos quais 10, incluindo a Inglaterra, foram representados por seus membros fundadores.

Nos dois anos seguintes, a Sociedade se esforçou no planejamento do Congresso Internacional, que ocorreu em setembro de 1953, contando com 1500 participantes de 25 países. Cada dia do Congresso foi destinado a discutir uma aplicação particular da Fisioterapia, como o tratamento em disfunções neuromusculares, em disfunções reumáticas, disfunções torácicas e nas indústrias. O segundo Congresso Internacional da *WCPT* foi realizado em junho de 1956, em Nova York; o terceiro ocorreu três anos depois, em Paris, contando com 2000 participantes de 35 países.

O debate sobre o fisioterapeuta e a manipulação, considerada responsabilidade médica, surgiu em 1951. Os membros da Sociedade, principalmente os que haviam sido treinados no Hospital *Saint Thomas*, defenderam o uso da manipulação pelos fisioterapeutas e sua inclusão no roteiro de curso.

A experiência da guerra havia ajudado no estabelecimento de uma reabilitação efetiva para pessoas com lesões nervosas centrais ou periféricas e aberto outro campo de interesse para os fisioterapeutas: a restauração da função em pacientes com doenças reumáticas e com fraturas traumáticas ou cirurgias, particularmente em idosos. Durante a primeira década do pós-guerra, observou-se que o índice de mortalidade dos pacientes paraplégicos²⁰ das Forças Armadas era de 10 %, contrastando com o índice de 80% apresentado por ocasião da Primeira Guerra. Os pacientes, após sua reabilitação, podiam se locomover, trabalhar e até realizar esportes.

Também o mal da poliomielite acometeu um total de 7.646 crianças e jovens durante a primeira grande epidemia em 1947, matando ou incapacitando um total de 20.000 pacientes nos cinco anos seguintes, somente na Inglaterra.

Assim, houve um aumento nas discussões sobre os aspectos fisiológicos dos recursos e técnicas de tratamento empregados pela Fisioterapia, com questionamentos sobre os benefícios do galvanismo; do repouso e da manipulação; e da relação custo/benefício, etc. Diante dessa nova fase, aconteceu um consenso sobre a necessidade de um número maior de pesquisas.

O aparecimento dos pulmões de aço²¹ e outros ventiladores mecânicos ajudaram a salvar vidas de pacientes com paralisia dos músculos respiratórios, incentivando, de forma indireta, o desenvolvimento da Fisioterapia respiratória.

Várias técnicas desenvolvidas por americanos, principalmente as destinadas ao tratamento da poliomielite, foram publicadas e tornaram-se mundialmente utilizadas. Em 1964, a poliomielite foi eliminada nos Estados Unidos, embora ainda um grande número de vítimas, de gerações anteriores à descoberta da vacina, continuasse a ser tratado pela Fisioterapia.

Com a diminuição dos casos de poliomielite, houve queda nos fundos financeiros destinados à Fisioterapia no país. Evidenciaram-se também novas categorias de pacientes com disfunções neurológicas, especialmente as várias formas de paralisia cerebral. Portanto, o grupo mais numeroso de pacientes atendidos passou a ser composto de adultos e crianças com paralisia cerebral, com condição não progressiva de lesão do Sistema Nervoso Central, proveniente de traumas ocorridos antes, durante ou após o nascimento.

O trabalho das fisioterapeutas inglesas com esses pacientes foram realizados em vários locais, incluindo, desde 1954, doze centros de treinamento abertos pela *Nacional Spastic*

²⁰ Paralisia dos membros inferiores, que compromete parcialmente também o tronco.

²¹ Ventiladores Mecânicos que empregam pressão negativa.

Society (Sociedade Nacional de Espasticidade) e *Centre for Spastic Children* (Centro para Crianças Espásticas), aberto em 1955 em Chelsea.

Um membro da Sociedade de Fisioterapia, Mrs. B.O. Bobath, que fundou o *Bobath Cerebral Palsy Centre* (Centro de Paralisia Cerebral Bobath), juntamente com seu esposo médico, tornou-se autoridade no tratamento de espasticidade, reconhecida no mundo todo através do Método Bobath²².

Outro método desenvolvido para o tratamento da espasticidade, denominado '*proprioceptive neuromuscular facilitation*'²³ (*PNF*) (facilitação neuromuscular proprioceptiva), passou a ser conhecido mundialmente, após divulgado no Congresso Internacional da *WCPT* em Londres, em 1953, pelo Dr Herman Kabat, médico, PhD do Instituto *Kabat/Kaiser*, em Vallejo, Califórnia, que proferiu a palestra '*Proprioceptive facilitation therapy for paralysis*' (Terapia da facilitação proprioceptiva para a paralisia). Sua técnica foi demonstrada por Miss Margaret Knott, bacharel em Fisioterapia e introduzida no trabalho dos fisioterapeutas patenteados, tornando-se tema de vários artigos publicados pelo *Journal*.

A crescente colaboração internacional, o desenvolvimento nas técnicas de retreinamento muscular e as pesquisas realizadas por um crescente número de fisioterapeutas foram alguns dos fatores que ajudaram no estabelecimento da fundamentação moderna da Fisioterapia a ser construída nas décadas seguintes.

1.7. Avanços acadêmicos e clínicos da Fisioterapia (1960 – 1995)

Na Inglaterra, durante a década de 1960, destacaram-se dois eventos de importância para a *Chartered Society of Physiotherapy*. Primeiramente, a aprovação do Ato Médico para as Profissões Suplementares à Medicina, em 1960; e a mudança de sua sede para Bedford Row, em 1969, fato muito comemorado por seus membros.

O estabelecimento do mecanismo para registro estatal, que estabelecia as normas para trabalhar no *NHS*, conferiu aos fisioterapeutas e grupos semelhantes um novo profissionalismo. O ato, que incluía os quiropodistas, dietistas, técnicos de laboratório médico, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de Raios X e instrutores de

²² Método de tratamento individual que tem como objetivo facilitar as reações de equilíbrio e os reflexos de endireitamento e a inibição de reflexos patológicos.

²³ Técnicas baseadas no conceito que os movimentos voluntários envolvem padrões sinérgicos de ações musculares e que a atividade muscular intensa pode prevenir ou minimizar os efeitos da inatividade neuromuscular.

ginástica médica, tentava garantir, através do registro estatal, oferta de mão de obra para o *NHS* dos auxiliares médicos que apresentassem boa qualificação e disciplina. Existiam um Conselho para registro dos profissionais suplementares médicos, que indicava os comitês de Educação, Finanças, Recursos e Regras, e uma Junta para cada profissão. A Junta dos fisioterapeutas era composta de oito membros médicos e nove fisioterapeutas, sendo sete patenteados; um representante da Faculdade de Fisioterapia; e um da Associação de Fisioterapia. A Junta formou comitês para examinar as aplicações para registro e intervir nos problemas disciplinares.

Durante essa década, a *Chartered Society of Physiotherapy* manteve crescimento constante. Em março de 1960, contava com 16.180 membros e, no final de 1969, contabilizava um total superior a 28.000.

Os assuntos de maior interesse continuaram sendo o tratamento da Paralisia Cerebral e outros distúrbios neurológicos por meio da técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva e outras formas de reeducação muscular. Houve também conscientização do valor das recreações, como a cavalgada com pôneis e natação, e do treinamento dos pacientes em atividades de vida diária.

O Conselho finalmente aceitou que técnicas de manipulação fossem realizadas pelos fisioterapeutas, introduzindo-as no roteiro de cursos em 1967, por influência da visita da fisioterapeuta australiana Geoffrey Maitland, considerada uma autoridade nessa área.

Apesar de progressos, as negociações salariais continuavam a frustrar os interessados. Acreditava-se que a pouca remuneração dos fisioterapeutas, que representavam uma das categorias mais qualificadas tecnicamente, relacionava-se a que a maioria feminina era considerada ‘mulheres com vocação’, um problema que parecia impossível de ser resolvido.

Os fisioterapeutas também queixavam-se de sua utilização como último recurso nos casos sem esperança e da invasão de pessoas pouco qualificadas no seu campo de atuação.

Embora a *Chartered Society of Physiotherapy* agisse profissionalmente quanto aos seus procedimentos, ao código de ética, ao corpo de trabalho e ao alto padrão de suas qualificações, a Fisioterapia não tinha atingido ainda a independência clínica necessária para um profissionalismo completo.

No ano de 1961, o Conselho formou uma Junta Consultiva de Pesquisa em Fisioterapia. Os temas que mais despertaram interesse para pesquisas foram os tratamentos de cotovelo de tenista; causas e tratamento de lombalgias, uma das maiores causas de absenteísmo; efeitos da Fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia para tratamento da dor ciática; e estimulação perineal nas lesões nervosas.

A publicidade referente à Fisioterapia teve dois bons momentos no início da década: primeiramente, por ocasião da assistência de Miss M.J. Saul à Rainha Elizabeth, no nascimento do príncipe Andrew e, dois anos após, devido ao tratamento realizado por Margery Simpson em Winston Churchill que, com 87 anos, teve uma fratura de quadril e voltou a caminhar após o tratamento.

Diversas formas de publicidade passaram a ser empregadas pelos membros da Sociedade de Fisioterapia, principalmente, participar ativamente de Conferências Anuais do Instituto de Administradores Hospitalares e ampliar as publicações de artigos ilustrados em revistas da área médica, publicações de livros e monografias, filmes em televisão, etc.

Particularmente, o *Journal* teve um aumento na sua circulação de 4.000 exemplares em 1960, para 16.000 em 1969. Espaços foram reservados para assuntos profissionais, como o trabalho do Conselho, colaboração internacional e registro estatal, reivindicações salariais, campanhas parlamentares e outros assuntos envolvendo o Ministério da Saúde. Também eram mantidos artigos destinados às inovações na área técnica, como o uso da eletroterapia moderna, fisioterapia em atividade física organizada, reabilitação de amputados e outras técnicas.

Novos grupos de interesse surgiram e uniram-se aos existentes, como a Associação Obstétrica de Fisioterapeutas Patenteados e a Associação de Manipulação dos Fisioterapeutas Patenteados.

Quanto à formação de novos profissionais, no final da década, havia 2.819 estudantes em 38 escolas na Inglaterra. Em setembro de 1961, o Ministério da Saúde ofereceu bolsas de estudo para estudantes de Fisioterapia que concordassem em trabalhar por no mínimo dois anos no *NHS* após a qualificação. Sete anos depois, com o objetivo de colocar a Fisioterapia em igualdade com as outras profissões, o recém-criado Departamento de Saúde e Seguridade Social retirou esse compromisso dos estudantes. Mas o Conselho ainda recomendava o trabalho no *NHS* como cumprimento de uma obrigação moral e também para obter experiência.

Por volta de 1965, o Comitê Educacional expôs a idéia de uma graduação em Fisioterapia, e, em 1967, a Universidade de Surrey concordou com a inclusão da Fisioterapia em seus cursos da área de biologia humana. Porém, a idéia maior não foi aprovada. Apesar disso, a University College, em Dublin, introduziu um diploma em Fisioterapia, cujo primeiro exame anual conferiu isenção das provas preliminares da Sociedade. Esse fato marca o início de um novo período na formação do profissional, caracterizando-a como um curso de nível

superior. Durante toda a década, os roteiros dos cursos de Fisioterapia foram constantemente revistos, mantendo a tendência de oferecer uma educação de nível superior.

A carência de professores continuava um sério problema, com pequena procura pela área da docência. Na tentativa de solucionar tal problema, foram oferecidos cursos de seis meses para doze fisioterapeutas experientes, em cooperação com o Ministério da Saúde. Havia uma crescente oferta de cursos para pós-registrados em diversas áreas, como lesões esportivas, amputação, lombalgia, geriatria, manipulação, ortopedia, FNP, preparo para parto, etc.

Além de fazer parte dos maiores eventos organizados pela *WCPT*, a Sociedade fez contatos informais com fisioterapeutas de outros países, como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Israel, África do Sul, Suécia, Suíça e Estados Unidos, além de iniciar trabalhos voluntários junto à Cruz Vermelha.

Nos Estados Unidos, o início dos anos sessenta caracterizou-se por uma diminuição dos investimentos financeiros, fim das pesquisas contra a poliomielite, e redução da estrutura administrativa da *APTA*.

Devido à sua importância, o tratamento destinado aos pacientes portadores de doenças crônicas e doenças associadas à idade tornou-se foco dos serviços empregados pelos fisioterapeutas.

Os novos cuidados compreendiam continuidade de serviços preventivos, curativos e reabilitadores que necessitavam de uma equipe de profissionais de saúde com educação, habilidades e técnicas especializadas. A população americana contava com número grande de idosos e encontrava-se mais estimulada a promover a boa saúde física, principalmente a dos jovens.

Em 1963, o artigo escrito pela fisioterapeuta Capitã Beatrice Thompson, intitulado “*Diagnoses and Procedures in Physical Therapy*” (Diagnósticos e Procedimentos em Fisioterapia) destacava que os novos currículos de Fisioterapia deveriam antecipar as mudanças que poderiam ocorrer nas categorias de pacientes, devendo ser fortalecidas as áreas de patologia e ciências básicas.

Um estudo importante sobre a educação em Fisioterapia, realizado pela *APTA*, em associação com a fisioterapeuta Catherine A. Worthingham, diretora da Educação Profissional da Fundação Nacional por 16 anos, publicado a partir de 1968, analisou quarenta e dois modelos curriculares para educação básica em Fisioterapia, comparando-os com seis outros campos de graduação, incluindo ciências sociais, engenharia e ciências biológicas.

O objetivo da pesquisa era estimar a qualidade e o peso relativo das principais necessidades dos cursos ‘versus’ outras necessidades gerais e eletivas, a fim de determinar se os estudantes de Fisioterapia poderiam ou não se beneficiar de uma preparação mais ampla ou mesmo de um programa de curso de cinco anos ou mais.

Suas conclusões mais significativas trouxeram como indicadores positivos os esforços empreendidos por muitas escolas na revisão e atualização contínua de seus programas e os níveis de preparação em ciências básicas oferecidas. Por outro lado, em relação à ausência de cursos humanistas nos programas, evidenciou-se que os estudantes com uma educação superficial careciam da capacidade de flexibilização, julgamento e visão do crescimento e adaptação impostos pela mudança profissional.

Outros segmentos da pesquisa, publicados como relatórios nos dois anos seguintes, evidenciavam cada aspecto da preparação para a carreira de Fisioterapia no que se refere aos seus aspectos acadêmico e clínico. Constatava-se, por exemplo, que os médicos continuavam a dominar a direção e os fundos de educação em Fisioterapia, resultado da situação de inferioridade das escolas de Fisioterapia em relação às escolas médicas. A carência de recursos financeiros, associada ao número reduzido de instrutores aptos, limitava a formação de doutores na área. Somente 5% dos professores nas escolas de Fisioterapia tinham título de doutor, dos quais nenhum era no campo da Fisioterapia. Apenas 28% dos instrutores estavam engajados em pesquisa. O pouco interesse para empreender investigações originais privava a profissão das fontes tradicionais da nova ciência, assim como da validação para a prática clínica corrente.

Diante desse cenário, concluiu-se que a maioria das faculdades de Fisioterapia encontrava-se em desvantagem para competir nos cargos de liderança na academia e apresentava modelos pobres para a próxima geração. Portanto, suas recomendações destinavam-se a tornar a educação em Fisioterapia mais relevante aos padrões e necessidades contemporâneas. A pesquisa enfatizava a necessidade de mudança no currículo, destacando em termos teóricos e clínicos, o conceito primário de assistência, predizendo firmemente a tendência ao cuidado preventivo e de manutenção da saúde.

O relatório final também incluiu dados sobre o tempo necessário para o ensino das várias modalidades e os novos procedimentos adicionados à lista crescente de habilidades com as quais o fisioterapeuta necessitava estar familiarizado.

Significativos progressos na área da pesquisa aconteceram após a organização do Comitê de Pesquisa em 1964.

Em 1965 e 1966, com a decretação de novos programas voltados aos cuidados da saúde, grande parcela da população passou a ter direito aos tratamentos de saúde. Conseqüentemente, houve um aumento nos recursos financeiros disponíveis para esses serviços e para o desenvolvimento tecnológico na área.

Em 1965, quarenta e sete fisioterapeutas foram enviados à Guerra do Vietnã. Reconheceu-se, então, a importância da intervenção precoce da Fisioterapia. Coube aos fisioterapeutas o tratamento de problemas neuromusculares e esqueléticos não cirúrgicos.

Nos anos seguintes, assim como aconteceu na Inglaterra, o desenvolvimento tecnológico e os avanços no cuidado da saúde desenvolvidos nos Estados Unidos propiciaram o surgimento de várias especialidades dentro da Fisioterapia, destacando as áreas de pesquisa, licenciatura, administração, esportes, pediatria, eletrofisiologia clínica, dentre outras.

A busca pela autonomia profissional tornou-se tema central da *APTA* e aos seus membros podem ser creditados os significativos avanços nos padrões de educação e treinamento. Em 1960, o grau de bacharelado passou a ser a qualificação mínima aceita pela *APTA*. Entre 1965 e 1975, o número de instituições que ofereciam grau de bacharelado aumentou de 35 para 63, com cerca de 13 delas oferecendo também cursos de pós-bacharelado.

Na década de 1970, avançaram as conquistas do profissional da Fisioterapia na Inglaterra. Em 1972, pela primeira vez, o Presidente da Sociedade passou a ser um fisioterapeuta e não mais um médico, e a lei que definia o trabalho do fisioterapeuta sob direção do médico foi revista. Pelos pareceres oficiais do início da década e na reorganização do *NHS*, os fisioterapeutas obtiveram posições administrativas em todos os níveis. Houve progresso nas relações industriais e, sob atos de 1971 e 1974, a Sociedade Patentada foi registrada como Sindicato, fato que daria à Sociedade mais sucesso nas negociações de direitos profissionais.

Durante os anos de 1970, ocorreram desenvolvimentos importantes no aspecto educacional, com a introdução dos exames de seleção para admissão nos cursos, novo sistema de exames e adequação para treinamento especializado. Várias escolas foram transformadas em escolas politécnicas em 1975. Além disso, houve a substituição do currículo antigo por um novo, que definia a duração dos cursos em três anos. Os exames eram externos, realizados no primeiro ano, parte I, e, no terceiro, parte II; e avaliação interna periódica.

A parte I incluía duas provas escritas: a primeira, com duração de 1 ½ hora, compunha-se de questões de múltipla escolha; a segunda, de 2 ½ horas, com oito questões

abertas obrigatórias de respostas curtas; mais um livro de anotações avaliado continuamente com 75% das técnicas fisioterápicas listadas a serem revistas e avaliadas por um tutor. A parte II também incluía duas provas escritas: a primeira dividida em duas partes de 1 ½ com questões objetivas e subjetivas, estudo de caso tratado pela Fisioterapia; a segunda, de três horas, com 10 questões curtas obrigatórias sobre aspectos teóricos da Fisioterapia, sua aplicação, anatomia aplicada, algumas condições e exame prático de um paciente, com 1 hora e 20 minutos.

Nesse novo modelo de avaliação final, a parte prática deveria ocorrer em departamentos hospitalares, evitando a artificialidade da utilização de estudantes como modelos, como era realizado anteriormente. No final dos anos de 1970, havia 38 escolas de treinamento específico aprovadas, com 2.769 estudantes em treinamento.

No início da década, a falta de professores ainda era um problema grave: havia somente 21 professores qualificados e dezoito em treinamento na Inglaterra. Diante dessa situação, foi criado um subcomitê destinado a estudar modalidades de treinamento de professores.

Na Escócia, foi oferecida aos professores estudantes uma aprovação de cinco anos para que frequentassem um curso sobre princípios educacionais na Universidade de Educação Jordanhill, em Glasgow, como alternativa à Politécnica do Norte de Londres, onde havia se formado grande parte dos docentes. Em 1974, somente 67 mulheres e 32 homens estavam lecionando em escolas de Fisioterapia reconhecidas.

Para tornar os cursos de treinamento mais atraentes, decidiu-se seguir a experiência escocesa. Os diretores entraram em acordo com Universidades de Educação (Técnicas) em Boston e Londres, para o aceite de professores estudantes de Fisioterapia no curso anual de Certificação em Educação. Posteriormente, eles ficariam um semestre em uma escola de Fisioterapia.

Em 1976, quinze professores-estudantes se inscreveram no último curso da Politécnica do Norte de Londres, sendo todos aprovados. Nesse mesmo ano, foram organizados cursos em ensino clínico e avaliação, e cursos-piloto para 20 supervisores clínicos para o ano seguinte, quando também foram implementadas vantagens financeiras para os docentes.

Em fevereiro de 1972, o Comitê em Profissões Terapêuticas publicou seu Relatório, que traçou grande parte da recente história da *Chartered Society of Physiotherapy*. Seus principais pontos podem ser resumidos nos seguintes²⁴:

²⁴ Tradução livre de Barclay, 1994, p.221-2.

- “1. Remuneração: os salários eram baixos em comparação com outras profissões, muito por causa de a maioria ser feminina, e uma ação era imperativa se serviços fossem ser mantidos dentro do *NHS*.
2. Estrutura de carreira: não havia postos superiores suficientes no trabalho clínico, de ensino ou pesquisa e a estrutura não tinha correlação com os serviços sociais. O grau máximo da carreira era atingido nos primeiros anos, após os quais as perspectivas não eram atraentes, particularmente para os homens.
3. Papel profissional:
- O médico deveria manter a responsabilidade pela prescrição do tratamento, mais liberdade de ação na aplicação e duração deveria ser dada ao fisioterapeuta.
 - Para preservar o número de fisioterapeutas, o papel do tratamento domiciliar deveria ser principalmente consultivo.
 - Um corpo de pesquisa deveria ser formado para investigar o tratamento e padrões de trabalho.
 - As profissões terapêuticas deveriam ser totalmente representadas nas Corporações consultivas e deliberadoras.
 - O trabalho das profissões terapêuticas deveria ser integrado e a reabilitação realizada em departamentos centralizados.
 - Para manter as habilidades da equipe diplomada, uma assistência contínua deveria ser empregada.
4. Educação e treinamento: deveria haver uma completa revisão do treinamento e maior integração entre os terapeutas, os quais poderiam compartilhar seus primeiros anos na Universidade. As escolas deveriam ser integradas, associadas aos colégios de educação superior ou continuada e reduzidas em número para cerca de 20, nos próximos 10 anos. Os professores deveriam igualar-se com aqueles de educação geral e o treinamento de supervisores clínicos era urgente.”

A Sociedade Patenteada aprovou a Declaração, mas foi desalentada por uma publicação na *Rehabilitation*, particularmente pela recomendação de que consultores em reabilitação tornariam-se responsáveis por administrar os departamentos que empregavam os fisioterapeutas, vez que esse fato reforçava “o velho dogma que enfatizava o domínio da profissão médica no papel administrativo, de supervisão e clínico da Fisioterapia” (BARCLAY, 1994, p.222).

Além da autonomia profissional, foram retomados os debates sobre a transformação da Fisioterapia em profissão graduada. Em 1975, o Conselho aprovou um modelo para graduação em Fisioterapia sugerido pela Escola de Fisioterapia *Northern School* no *Ulster College*, Belfast, e, em setembro de 1976, os primeiros estudantes começaram seus estudos nessa nova modalidade.

A circulação do *Physiotherapy*, que no início de 1970 era de 17.000, crescia numa proporção de 1000 exemplares por ano. Artigos especiais foram destinados aos seguintes assuntos: cirurgia plástica, psiquiatria, reconstituição cirúrgica de membros superiores, artrite

reumatóide, pesquisa, fisioterapia em veterinária, disfunções neurológicas, postura e movimentos especializados e fisioterapia respiratória em fibrose cística e mucoviscidose.

No final da década, a *Chartered Society of Physiotherapy* havia contabilizado um total de 35.723 nomes e havia 19.511 assinantes anuais, sendo 14.388 em atuação no Reino Unido e 2.415, no estrangeiro. Como ocorrera nas décadas anteriores, um número crescente de grupos com interesses específicos foram sendo criados. No final dessa década, contabilizavam um total de catorze.

A década de 1970 caracterizou-se pelo crescimento do papel internacional da Sociedade e por um novo estado profissional, com o seu reconhecimento junto ao Sistema Nacional de Saúde, sua independência administrativa e uma grande proporção de autonomia clínica.

Os anos de 1980 foram também caracterizados por pareceres oficiais favoráveis à profissão e sucessivas mudanças. Os fatos que marcaram a época incluem a reorganização do *NHS* em 1982, que nomeou grande número de fisioterapeutas para ocupar cargos administrativos; uma revisão do Ato das Profissões Suplementares da Medicina, que reforçou o princípio da autonomia profissional; e a estipulação de escalas salariais específicas para os fisioterapeutas.

A introdução do Relatório *Körner* nos anos de 1983-1985 também foi um fato importante. O Relatório consistia de informações estabelecidas por sistema computadorizado, sobre serviços de saúde que produziam relatórios de tratamento hospitalar, transporte de pacientes, informações de potencial humano, serviços paramédicos e outras publicações, serviços de saúde comunitários e informações financeiras. Posteriormente, foi introduzido um sistema específico para a Fisioterapia, capaz de registrar todos os dados dos pacientes e suas condições de saúde.

A maior mudança na educação da história da *Chartered Society of Physiotherapy*, que culminaria num sistema total de graduação, começou em 1984, quando o currículo e os exames foram replanejados para se tornarem mais objetivos e encorajar análises e discernimentos mais profundos. O principal obstáculo no caminho da graduação da profissão foi a diminuição do valor do exame nacional da Sociedade e sua substituição por exames internos realizados pelo Sistema de Diploma de Graduação em Fisioterapia ou pelos próprios cursos de graduação.

Em 1986, a *Society of Remedial Gymnastics and Recreational Therapy* (Sociedade de Ginástica Terapêutica e Terapia Recreacional) foi incorporada à *Chartered Society of*

Physiotherapy, que, no ano seguinte, passou a estabelecer distinções entre seus membros e a nova qualificação profissional de Diploma Graduado em Fisioterapia.

No final dessa década, a Sociedade contabilizava um total de 45.000 nomes em seus registros. Um grande número de grupos de interesses clínicos específicos surgiram nas áreas de Fisioterapia comunitária, respiratória, neurologia, psiquiatria, reumatologia, incapacidade mental, acupuntura, terapia animal, hidroterapia, geriatria, manipulação, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, pediatria e medicina esportiva.

Segundo Barclay²⁵,

“no final dos anos de 1980, a alta qualidade dos cursos de pós-graduação; os movimentos em direção à graduação da profissão; a ocupação de posições de gerência junto ao Serviço Nacional de Saúde sendo suportado pela documentação eficiente e serviços de informação; a criação de uma publicidade eficiente e maquinários mais acessíveis; e o aumento nos grupos de interesse clínico e ocupacional para representar seções particulares de membros ajudou a garantir que a Sociedade Patentada de Fisioterapia entrasse em sua década centenária como um corporação reputável, representando uma profissão madura e honrosa” (1994, p. 297).

No início dos anos de 1990, havia um total de 26.000 membros inscritos na *Chartered Society of Physiotherapy*. O esquema da *Physiotherapy Access to Continuing Education - PACE* (Acesso para Educação Continuada na Fisioterapia) lançado pela Sociedade foi considerado o maior evento da década. O *PACE* é um sistema de educação continuada que possibilita aos fisioterapeutas melhores qualificações, atendendo às novas demandas impostas às habilidades profissionais, gerenciais ou clínicas dos membros.

Dentre os principais acontecimentos dessa época, também estão o estabelecimento da *Physiotherapy Research Foundation* (Fundação de Pesquisa em Fisioterapia), a publicação da primeira normatização da prática da Fisioterapia estabelecida pela Sociedade e a exigência da graduação superior universitária para todos os novos alunos.

Nos Estados Unidos, entre 1980 e 1996, quando a *APTA* completou 75 anos, ocorreram avanços nas ciências da saúde e tecnologia. Como conseqüência dos melhores cuidados da saúde e de mudanças sociais, os tratamentos deslocaram-se dos hospitais para os ambulatórios e domicílios. As doenças tornaram-se mais complexas, necessitando cuidados fisioterapêuticos. Diante desse processo, várias estratégias foram empregadas para manter o desenvolvimento e a atualização da Fisioterapia.

²⁵ Tradução livre.

A rápida expansão da profissão em áreas de especialização continuou a se expressar, nos anos oitenta, com a proliferação das seções de interesses especiais dentro da *APTA*, que, em 1995, contava com 67.000 membros.

Diante desse breve relato histórico, considerando o surgimento e o desenvolvimento da Fisioterapia na Inglaterra e nos Estados Unidos, verifica-se que, através de diferentes instrumentos, as idéias, práticas e delimitações da profissão foram divulgadas por todo o mundo, influenciando inclusive no desenvolvimento histórico da profissão no Brasil, como constatar-se-á no capítulo seguinte.

2. A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO BRASIL: UM ESTUDO SÓCIO-HISTÓRICO DOS CURRÍCULOS

“A análise do currículo numa perspectiva histórica possibilita avaliar o impacto das propostas curriculares na prática escolar, examinar o discurso pedagógico, as regulamentações, as relações de poder, as contradições no próprio campo e suas transformações, em relação às mudanças no cenário educacional e no contexto social mais amplo”.
Nereide Saviani

Este capítulo tem como tema a formação do fisioterapeuta e a reconstrução histórica dos currículos adotados pelos cursos de Fisioterapia no Brasil, analisados numa perspectiva crítica. Busca compreender as relações entre os processos de seleção, distribuição, organização e ensino dos conteúdos curriculares e a estrutura de poder do contexto social, identificada com as políticas de saúde e educacionais adotadas em três momentos: na década de 1950, período no qual iniciaram-se, no Brasil, os primeiros cursos de formação de técnicos em Fisioterapia; década de 1960, quando foi aprovado o primeiro currículo mínimo para formação de “técnicos em Fisioterapia de nível superior”; e na década de 1980, quando foi aprovado o currículo mínimo para cursos de Fisioterapia.

As análises envolvem os dois níveis de currículos: o formal e o real. Libâneo (2001) considera currículo formal “o estabelecido pelos sistemas de ensino ou instituição educacional. É o expresso em diretrizes curriculares, objetivos e conteúdos das áreas ou disciplinas”; e o real “o currículo que, de fato, acontece na sala de aula em decorrência de um projeto pedagógico e dos planos de ensino”, expressado nas informações de alunos e professores (p. 144).

De acordo com Rebelatto, no Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se por volta de 1879, com as características da “área da Saúde” (particularmente da medicina) desenvolvidas na Inglaterra na época da Industrialização. “Seus objetivos eram, quase que exclusivamente, voltados para a assistência curativa e reabilitadora” (1999, p.49).

Nessa modalidade de tratamento, foram instalados, no período de 1879 a 1883, os Serviços de Eletricidade Médica e de Hidroterapia, sendo Dr. Artur Silva um dos seus responsáveis. Segundo consta, esses serviços funcionaram até os anos de 1984, no Rio de Janeiro, com o nome de Casa das Duchas (SANCHEZ, 1984, p.30).

Em São Paulo, em 1919, foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros, professor de Física Biológica da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo – FMUSP. Dez anos após, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes organizou o Serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, com o objetivo de prestar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Posteriormente, o Dr. Rolim também planejou e instalou o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas da FMUSP (Idem, p.31).

Embora com reduzidas informações sobre o funcionamento desses serviços, constata-se que eles foram organizados por médicos, cuja prática de assistência fundamentava-se no uso da eletroterapia como suporte para áreas da Medicina, assim como ocorreu na Inglaterra, onde o uso da eletroterapia associado à massagem e à hidroterapia caracterizava o trabalho da Fisioterapia.

Quanto aos profissionais que executavam as técnicas da Fisioterapia pouco se sabe, pois somente em 1951 teve início o primeiro curso de formação de profissionais voltados para o atendimento nessa área.

Enquanto isso, em Londres, era reconhecida a *World Confederation for Physical Therapy - WCPT*, Confederação Mundial de Fisioterapia, uma organização não governamental, mantida por contribuições anuais pagas pelas Organizações Membros, com o objetivo principal de promover a melhoria da qualidade da assistência à saúde mundial, através da representação também mundial da categoria, da promoção de uma cooperação entre as organizações, e da busca do alto padrão de qualidade da Fisioterapia, através de pesquisa, educação e prática.

Nesse período, como se verificou no capítulo anterior, consolida-se mundialmente o uso de recursos físicos e naturais na assistência à saúde, denominado Fisioterapia, e seus executadores fisioterapeutas, embora, no Brasil não houvesse ainda uma unanimidade quanto à terminologia. A característica principal da assistência era estar voltada para a reabilitação, definida como a “restauração final de uma pessoa incapacitada para sua capacidade máxima física, emocional e vocacional” (KRUSEN, 1984, p.218).

2.1. A Formação de Técnicos em Fisioterapia (1951 –1964)

Na década de 1950, tiveram início os primeiros cursos de formação de profissionais para trabalhar na área específica da Fisioterapia. Esses cursos foram oferecidos nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, de maneira independente.

2.1.1. As políticas de saúde da década de 1950.

Durante os anos de 1937 a 1945, o Brasil foi governado pelo regime ditatorial instituído por Getúlio Vargas, deposto, em grande parte, por influência da vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial, representantes do ideal da democracia. A partir de então, o Brasil passou a viver a fase denominada de período de redemocratização, “marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos” (BERTOLLI FILHO, 2000, p.39).

A redemocratização do país iniciou-se com a presidência de Eurico Gaspar Dutra, que assumiu o governo em 1946 e estabeleceu como prioridade a organização racional dos serviços públicos. Porém, a dificuldade imposta pela ineficiência burocrática impediu que as reformas desejadas se concretizassem. Segundo Bertolli Filho, “o plano Salte (elaborado em 1948), que tinha por objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia, não chegou a ser totalmente posto em prática” (2000, p.40).

Em 1953, no segundo mandato de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. As verbas destinadas para a saúde na década de 1950 eram irrisórias, demonstrando o pequeno interesse das autoridades para com a saúde do povo. Conseqüentemente, houve ineficiência do Ministério em reduzir os índices de mortalidade e morbidade ocasionados pelas doenças, que inutilizavam muitos brasileiros para o trabalho e para a vida.

Nos primeiros anos de atuação, as políticas adotadas pelo Ministério voltaram-se para o combate às doenças que atingiam principalmente a população do interior, como a doença de Chagas, a malária, a tracoma²⁶ e a esquistossomose; e também para a tentativa de promover a educação sanitária da população rural.

De acordo com Bertolli Filho (2000), além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, o clientelismo também era fator que impedia a eficiência das políticas de saúde, pois “os partidos ou líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas, ... por votos e apoios nas épocas eleitorais.” Além disso, várias regiões do país permaneciam sem assistência médico-sanitária, projetos de saneamento eram interrompidos e alguns ministros eram substituídos em pequeno espaço de tempo.

²⁶ Oftalmopatia crônica, de causa infecciosa, que compromete cornea e conjuntiva, levando à fotofobia, dor e lacrimejamento.

A combinação de todos esses fatores resultou numa situação que condenava o Brasil a permanecer como uma das nações mais doentes do mundo, com um dos maiores índices de mortalidade e média de vida de 51 anos para um brasileiro de Porto Alegre do final da década de 1950. No interior, a situação era mais crítica. Calculava-se que um habitante do sertão nordestino vivia em torno de 30 anos, média de vida semelhante à da população europeia no momento mais crítico da Idade Média.

Enquanto as áreas rurais permaneciam sob a responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde, as áreas urbanas, industriais e densamente povoadas, onde surgiram os primeiros serviços e cursos de Fisioterapia, eram atendidas principalmente pelos hospitais e clínicas particulares ou conveniados com os institutos de pensões e aposentadorias, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões. Os sindicatos, através de pressões sobre o governo, obrigou o Ministério a rever a legislação previdenciária, pela ampliação contínua do número de trabalhadores e seus dependentes com direito ao tratamento de saúde financiado pelos institutos e caixas, além de aumentar os salários e as pensões pagas aos indivíduos afastados temporariamente do trabalho por motivo de doença.

Segundo Bertolli Filho (2000), em 1945, existiam cerca de dois milhões de pessoas vinculadas aos institutos previdenciários, sendo que, duas décadas depois, esse número chegava a quase oito milhões de trabalhadores, não contabilizando os dependentes. O aumento do número de assegurados combinado com as precárias administrações dos órgãos previdenciários e a exigência legal de que a Previdência deveria prestar assistência médico-hospitalar aos trabalhadores resultou na degradação dos serviços prestados.

Diante dessa situação, o setor privado da medicina começou a pressionar os governos federal e estaduais a fim de interromper os planos de construção de hospitais públicos, para financiar a construção de grande rede de hospitais e clínicas privadas, que venderiam seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo. Nesse momento, assistiu-se à intervenção do setor político que, pressionando o poder Legislativo, aprovou as leis que garantiram privilégios para os grupos privados.

Outra situação alarmante dessa década foi o precário atendimento à infância, representado por índices de mortalidade altíssimos, principalmente nas capitais, que haviam crescido rapidamente com o êxodo rural a partir de 1945, e que não contavam com um sistema de tratamento e distribuição de água e coleta de esgoto. Em 1955, a mortalidade infantil em Natal era de 421,6 por 1000 nascidos vivos, e 86,5 por 1000 em São Paulo, pior e

melhor índice respectivamente.²⁷ Para amenizar essa situação, o Ministério da Saúde foi incumbido, em 1956, de desenvolver um programa voltado para a assistência às crianças, embora pouco tenha sido feito para resolver os problemas de saneamento básico.

Ainda nessa década, houve um surto de poliomielite no país, de que resultou um grande número de crianças com seqüelas motoras, que necessitavam ser reabilitadas e reintegradas à sociedade. Nas décadas seguintes, com o crescimento do setor industrial, o Brasil viu aumentar o número de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho que necessitavam de recuperação física, para se reintegrarem ao sistema produtivo.

Diante dessa situação, grupos de médicos deixaram de ter apenas a função assistencial e passaram a participar de movimentos reivindicatórios de verbas que beneficiassem principalmente as camadas mais pobres da população.

2.1.2. As políticas curriculares da década de 1950.

Para contextualizar o período no qual foram instalados os primeiros cursos de Fisioterapia em 1951, será realizada uma breve revisão histórica de como foram realizados os debates em torno do currículo no Brasil.

O início do pensamento curricular no Brasil, de acordo com Moreira (1997), deu-se nos anos de 1920 e 1930, “quando importantes transformações econômicas, sociais, culturais, políticas e ideológicas processaram-se em nosso país”. Os precursores desse “movimento” surgiram em diferentes regiões do país, como Bahia, Minas Gerais e Distrito Federal, na época a cidade do Rio de Janeiro, e propuseram a organização de currículos e programas através de reformas nos sistemas educacionais de seus respectivos estados. Apesar das reformas não conterem propostas detalhadas de procedimentos do planejamento curricular, pode-se dizer que nelas situa-se a origem do pensamento curricular brasileiro (p.81).

Quando os “pioneiros da educação” propuseram reformas educacionais, não havia ainda sido difundida, no Brasil, uma proposta sistemática de abordagem de questões curriculares. No entanto, segundo Moreira (1997), “existiam tradições curriculares fundamentadas em uma base filosófica híbrida que combinava os princípios do positivismo de Herbart, de Pestalozzi e dos jesuítas” (p.85).

²⁷ Dados completos podem ser obtidos em Bertolli Filho, 2000, p.46.

Essas tendências curriculares foram caracterizadas por Figueiredo, citada em Moreira (1997), em: a) ênfase em disciplinas literárias e acadêmicas; b) enciclopedismo; c) divisão entre trabalho manual e intelectual.

Somente após a Primeira Guerra Mundial, quando ocorreram modificações nas relações do Brasil com os países industrializados e se iniciou a organização das indústrias nacionais, o caráter elitista do ensino e do currículo passou a ser questionado. Presenciou-se o que tem sido chamado na literatura de “entusiasmo pela educação”. O interesse pela alfabetização das massas buscava satisfazer diversos interesses, como os dos próprios trabalhadores, que exigiam a expansão do sistema educacional; da burguesia industrial emergente, que desejava mudar o poder político e derrotar as oligarquias rurais através dos votos dos trabalhadores alfabetizados; e das elites intelectuais, que se “horrorizaram ao saber que 85% da população brasileira eram compostas por analfabetos” (MOREIRA, 1997, p.86).

Os anos de 1920 no Brasil foram caracterizados, dentre outros, pelos processos de urbanização e industrialização; pelo recebimento de imigrantes estrangeiros; pela difusão de idéias liberais, anarquistas, socialistas e comunistas; pela repressão governamental e a reação de setores conservadores contra idéias “subversivas”; pela emergência de uma ideologia nacionalista; pela organização de revistas e associações católicas; pelo Tenentismo e Modernismo. Resumidamente, podemos dizer que esse período caracterizou-se por tentativas de mudanças da estrutura de poder, redefinição das funções do Estado, reestruturação do setor industrial e reorganização da educação.

No momento pós-Primeira Guerra, assistiu-se a uma crescente influência econômica e cultural dos Estados Unidos na América Latina. No Brasil, as teorias pedagógicas progressivistas formuladas por pensadores americanos e europeus começaram a exercer grande fascínio nos educadores e teóricos. Segundo Nagle, citado por Moreira, “o começo da influência dessas novas idéias pedagógicas pode ser associado à emergência de idéias liberais no Brasil” (Idem, p.87).

As reformas educacionais, promovidas em três Estados (Bahia, Minas Gerais e Distrito Federal), apresentaram inicialmente um caráter de expansão quantitativa da rede de ensino primário. Posteriormente, sob a influência das idéias progressivistas, trouxeram uma nova abordagem curricular. Para Moreira (1997), “as três reformas podem ser consideradas como as sementes do que mais tarde constituir-se-ia um campo específico do conhecimento pedagógico” (p.91).

Na Bahia, o precursor de algumas inovações nos campos do currículo e ensino foi Anísio Teixeira. A reforma promovida por Teixeira considerou dois grandes aspectos quanto

à organização curricular: o individual, centrado nos interesses, necessidades e estágios de desenvolvimento das crianças baianas; e o social, centrado na adaptação do currículo ao ambiente social e suas necessidades. Alguns autores consideram que tal reforma representou o primeiro esforço para introduzir algumas inovações que iriam, mais tarde, caracterizar a abordagem escolanovista de currículo e ensino.

Em Minas Gerais, as reformas foram organizadas por Francisco Campos e Mário Casassanta, e, de acordo com Moreira, são consideradas o primeiro momento de uma abordagem técnica de questões educacionais no Brasil, pioneiras da utilização de princípios definidos de elaboração de currículos e programas.

Os programas não constituíam simples listas de conteúdos, mas continham todos os elementos presentes hoje nos planos curriculares, como: conteúdo de cada disciplina, estratégias e métodos a serem usados, bibliografia para o professor e para o aluno, formas de avaliação, etc. De acordo com Moreira (1997), “os programas eram organizados pela Inspetoria Geral de Instrução e sua aprovação dependia de parecer favorável do Conselho Superior de Instrução e de ato formal da presidência do Estado” (p.90).

A terceira proposta, considerada a mais revolucionária e sofisticada, foi promovida no antigo Distrito Federal em 1927, elaborada por Fernando de Azevedo. Seus objetivos foram além de uma reforma administrativa e pedagógica e propunham a modernização e a adoção de um sistema escolar de âmbito nacional, de acordo com princípios filosóficos coerentes. Essa reforma foi a que mais enfatizou a integração entre escola e sociedade.

As reformas elaboradas pelos pioneiros podem ser consideradas um importante rompimento com a escola tradicional, embora, na opinião de Moreira, apesar de sua forte preocupação social, suas principais contribuições tenham se limitado a novos métodos e técnicas. Tal fato provavelmente decorreu do novo cenário em que se encontrava o Brasil: carência de mão-de-obra para as indústrias; domínio das idéias liberais; e influência do processo de modernização das escolas americanas e européias.

Os anos vinte no Brasil, como descrito acima, foram marcados por fortes conflitos sociais, políticos e econômicos, que resultaram na Revolução de 1930 e na ascensão de Getúlio Vargas ao poder. Desenvolveu-se um processo caracterizado por um novo modelo econômico de substituição das importações e de desenvolvimento industrial. No plano político criou-se um estado populista, “baseado em uma frágil aliança de classes sob o controle da burguesia e na liderança carismática de Vargas” (MOREIRA, 1997, p.96).

Durante os primeiros sete anos do governo Vargas, considerado um período liberal, os pioneiros mantiveram forte prestígio e influência no Ministério de Educação e Saúde e no

Conselho Nacional de Educação. Participaram da Reforma Francisco Campos, das criações da Universidade de São Paulo e Universidade do Distrito Federal, além de contribuírem, em 1934, para a definição final dos preceitos constitucionais sobre educação. A constituição de 1934 incluiu sugestões tanto dos pioneiros da Escola Nova, quanto dos educadores católicos, que advogavam uma educação subordinada à doutrina religiosa.

Em 1937, quando Vargas impôs o regime ditatorial, um novo cenário se instalou no país: controle dos sindicatos, aumento do poder do governo, aumento da intervenção do Estado na economia, perseguição das metas de bem-estar, nacionalismo e desenvolvimento econômico.

Do ponto de vista educacional, encerravam-se os debates sobre questões educacionais, e

“apesar da influência dos pioneiros no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), a força das idéias escolanovistas diminuiu durante o Estado Novo. A ênfase deslocou-se para o ensino profissional e uma postura mais conservadora voltou a dominar o cenário. A Reforma Capanema reorganizou todos os níveis do sistema educacional para os quais foram, mais uma vez, rigidamente prescritos currículos enciclopédicos” (Idem, p.98).

Os currículos prescritos pelas Reformas Francisco Campos e Capanema tinham abrangência nacional, não permitindo maiores discussões. Ambas buscaram valorizar as funções dos especialistas em educação, levando conseqüentemente à introdução da disciplina currículos e programas nos cursos de especialização.

O INEP, criado em 1938 com a função de centralizar os estudos de todas as questões educacionais, constituiu parte significativa da base institucional dos estudos sobre currículo a partir da década de 40. A partir de 1944, passou a patrocinar a publicação da *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. O primeiro número continha um artigo de Lourenço Filho intitulado “Programa Mínimo”, que enfatizava a importância da elaboração de currículos e programas que considerassem as necessidades sociais e as capacidades individuais. Esse modelo de construção curricular, com interesses na compreensão e no controle técnico, era similar ao adotado pelos pioneiros da Escola Nova.

Outra produção importante do INEP durante a gestão de Anísio Teixeira foi a publicação, em 1955, do primeiro livro-texto brasileiro sobre currículo, *Introdução ao estudo da escola primária*, de autoria de João Roberto Moreira. Além dessas produções, o Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais (CBPE), subordinado ao INEP, foi responsável pela oferta de cursos sobre planejamento curricular em seis capitais do país. Segundo Pedra

(1999), a trajetória do pensamento curricular no Brasil somente teve seu início com a publicação de Roberto Moreira, que considerou o currículo escolar como o conjunto organizado das atividades de aprender e ensinar que se processam na escola.

O livro de Roberto Moreira, “que procurou apresentar o estado da arte do campo do currículo e superar as incompatibilidades entre ideologias divergentes”, ilustra o enfoque curricular do INEP. Fundamentado principalmente em idéias progressivistas, com ênfase tanto no desenvolvimento individual como no bem-estar coletivo, considera que a escola primária e o currículo devem favorecer a integração do país na civilização ocidental do século XX. Quanto à organização, sugere um currículo centrado nas experiências da criança em harmonia com objetivos e atividades indicadas por análises da vida social (Moreira, 1997, p.101).

Na opinião de Moreira (1997), esse enfoque curricular anteriormente descrito revelava certa influência de Bobbitt, pois

“apesar da adesão ao currículo centrado em atividades, a preocupação com sua construção científica, nos moldes da teoria de Bobbitt, dá ao pensamento de Moreira certas características que podem facilmente ser associadas a um interesse em controle técnico” (p.103).

Segundo Silva (1999), na obra *The curriculum* (1918), John Franklin Bobbitt, educador americano nascido em 1876, considerava o currículo como um processo de racionalização de resultados educacionais cuidadosa e rigorosamente especificados e medidos.

O modelo institucional dessa concepção era a fábrica, e sua função era especificar precisamente os objetivos, procedimentos e métodos de obtenção de resultados a serem precisamente mensurados.

Essas características com interesse em controle técnico também podem ser observadas nos princípios de seleção de conhecimento e de avaliação curricular propostos no livro de Roberto Moreira, e mais uma vez refletem respectivamente as idéias de Bobbitt e a postura positivista que caracterizaram os primeiros modelos de avaliação curricular.

Para Moreira (1997), a integração de diferentes interesses e idéias, de tendências tecnicistas e progressivistas com elementos da tradição católica, tornou o resultado final da teoria curricular desenvolvido no INEP inconsistente.

Em 1956, o presidente eleito Juscelino Kubitschek, com o apoio de diferentes setores da sociedade, deu impulso ao processo de industrialização no Brasil, permitindo e

incentivando a entrada maciça de capital estrangeiro na economia brasileira, o que, de certa forma, aumentou significativamente a influência norte-americana no país.

Programas de ajuda americana foram implementados, inclusive na área da educação. Especificamente na área de currículos e programas, foi assinado, em 1956, o Programa de Assistência Brasileiro-Americana ao Ensino Elementar (PABAE). Dentre outros, o departamento de currículo e supervisão era o responsável pela organização de cursos que enfatizavam o planejamento e o desenvolvimento curriculares, bem como a prestação de assistência técnica às autoridades educacionais dos estados.

Bernardes, autor citado por Moreira (1997), acredita que o PABAE foi responsável pela introdução de modelos e idéias tecnicistas nas escolas brasileiras, além de difundir o *way of life* americano no Brasil. Moreira afirma que, quanto às questões curriculares, a principal preocupação do PABAE foi com procedimentos, métodos e recursos, sendo sua principal fonte teórica o discurso curricular americano descontextualizado dos aspectos ideológicos, políticos e sociais brasileiros.

O segundo livro-texto de currículo publicado no Brasil (apenas em 1966), *Como elaborar um currículo*, de Marina Couto, pode ser considerado como representante do enfoque do PABAE quanto à questão. Seus princípios acolhem idéias progressivistas ao definir que a escola deve educar para a vida; prefere o currículo organizado por áreas de estudo, ao invés do currículo por disciplinas; recomenda o uso de objetivos comportamentais e da aplicação do método científico às diversas esferas do processo curricular; evidencia um compromisso com a ordem econômica capitalista ao mesmo tempo que enfatiza o discurso liberal de igualdade, liberdade, democracia e propriedade privada. Conclui-se portanto, que o livro

“reflete uma mistura de diferentes interesses e enfoques unidos pelo ideário liberal. Elementos tecnicistas e progressivistas, ... são combinados com princípios da tradição católica. Predomina, porém um interesse em controle técnico, facilmente observável na ênfase em técnicas de elaboração de currículos” (MOREIRA, 1997, p.119).

O início dos anos 60 foi marcado por crises sócio-econômicas e políticas. Na área econômica, podemos citar a diminuição do índice de investimentos no mercado interno e a entrada de capital externo, redução da taxa de lucro, agravo da inflação. Na área social, cresce o acirramento das lutas de classe, a sociedade civil aumenta sua participação na política interna. Na política externa, foi criado o programa de “cooperação” econômica denominado “Aliança para o Progresso”, instituído pelos Estados Unidos e voltado para os países da

América Latina com o objetivo de combater o avanço do comunismo. A USAID (*United States Agency for International Development*) encarregou-se de administrar a assistência técnica, financeira e militar.

Em contraposição a essa política adotada pelo presidente Juscelino Kubitschek, o governo de João Goulart (1961-1964) propôs um conjunto de reformas de base constituídas pelas reformas eleitoral, agrária, urbana-tributária, cambial, administrativa e universitária, bem como a nacionalização das empresas estrangeiras e o controle da remessa de lucros e de dividendos. Essas idéias refletiam um modelo político socialista e entraram em forte contradição com o modelo econômico vigente, desagradando a burguesia, os setores da classe média e a cúpula militar. Esse quadro culminou no golpe militar de 64, que depôs o presidente João Goulart e colocou fim à “democracia populista” iniciada em 1946 com Vargas.

2.1.3. Os cursos técnicos: surgimento e características.

Embora na década de 1950, a caracterização do fisioterapeuta em alguns países estivesse relacionada à formação de nível superior, no Brasil ela foi inicialmente vinculada a um caráter técnico, seguindo as políticas educacionais adotadas na época.

Devido à ausência de documentação impressa acerca da fundação e funcionamento do Curso Raphael de Barros e do Curso do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), a sua reconstituição se fez a partir das informações obtidas com os entrevistados Define (anexo 1) e Sanchez (anexo 2), ex-alunos do Curso Raphael de Barros e posteriormente professores do Curso do INAR; e Silva (anexo 3), aluna do Curso do INAR.

2.1.3.1. Curso Raphael de Barros.

Segundo Marques e Sanchez (1994), o Dr. Waldo Rolim de Moraes, em 1951, planejou o primeiro curso de Fisioterapia do Brasil, patrocinado pelo Centro de Estudos Raphael de Barros.

Nessa época, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) já abrigava uma seção de Fisioterapia pertencente à Ortopedia, cujo responsável era o médico Professor Godóy Moreira. De acordo com Define (Anexo 1), que ingressou no serviço em 1953, no momento da sua admissão “já havia um grupo trabalhando. ... Havia um chefe, médico, alemão, chegado após a II Grande Guerra, Dr. Hans Werner Sablowski, parece-me que era também recém contratado. Junto comigo também foi

contratado René José Ohl (p.167)". Além desses, trabalhavam no serviço Lília de Almeida Leite, Carmem de Moraes, Clara Kögler Philip e Walter, posteriormente fisioterapeutas.

“Havia uma secretaria, uma sala de espera de dois serviços de ambulatório. O primeiro andar do prédio, Ala Centro, era chamado Ambulatório de Mecanoterapia. Os pacientes recebiam neste setor tratamentos de termoterapia superficial, massagens manuais, exercícios. No quarto andar do edifício, havia outro ambulatório, chamado Ambulatório de Eletroterapia. Ali, os pacientes recebiam tratamento com Diatermia por Ondas Curtas, Ultra Violeta, Infra Vermelho, Correntes Galvânicas e Farádicas. Bem mais tarde, ultra-som. Também eram atendidos, nesse ambulatório, os pacientes com seqüela de poliomielite, porque, além das manobras manuais corretivas e os exercícios, recebiam terapia com as correntes: galvanização, faradização e estimulação elétrica” (Anexo 1, p.168).

Havia também o atendimento dos pacientes internados, denominado enfermaria, onde eram atendidos os portadores de lesão de coluna vertebral, com comprometimentos neurológicos graves como paraplegia ou tetraplegia²⁸.

O curso Raphael de Barros, de nível técnico, com duração de um ano, tinha o objetivo de formar técnicos em Fisioterapia e manteve suas atividades até 1957.

“Suas instalações eram no 7º andar do Instituto Central do Hospital das Clínicas e as aulas ministradas pelo corpo docente e médicos do próprio hospital. Ao final, os alunos submetiam-se a uma prova teórica e a uma avaliação teórico-prática, com a participação de fiscais (médicos e enfermeiras) do Serviço de Fiscalização Profissional do Estado de São Paulo” (MARQUES e SANCHEZ, 1994, p.6).

Segundo Define, que também foi aluno do Curso Raphael de Barros no ano de 1954, esse curso passou a ser uma exigência para os profissionais que trabalhavam na Fisioterapia do HC. Para ingressar os candidatos eram submetidos a um exame seletivo, cujo pré requisito era a formação equivalente hoje ao ensino fundamental (1ª a 8ª séries).

O Curso, cujo nome era uma homenagem ao Prof. Dr. Raphael de Barros, professor da disciplina de Física Biológica Aplicada da FMUSP, mantinha cursos para as áreas de fisioterapia e radiologia, formando técnicos operadores em fisioterapia e técnicos operadores em raio X; e, por muito tempo, os dois serviços, embora apresentassem eixos de trabalho distintos, caminharam juntos dentro do Hospital das Clínicas da FMUSP.

De acordo com Define, embora o curso tivesse uma duração de um ano, a carga horária, com aulas em período integral, permitia o aprendizado das terapias utilizadas na época,

²⁸ Paraplegia- paralisia dos membros inferiores. Tetraplegia- paralisia dos membros superiores e inferiores.

“como Cinesioterapia, Massoterapia, Mecanoterapia, Eletroterapia, Fototerapia, disciplinas básicas: Anatomia, Fisiologia, Física, Química, Enfermagem,...Saúde Pública, Patologia, ...Radiologia, sendo que tudo era ministrado em forma teórica e prática. Havia já o conceito de estágio em vários setores e as patologias eram estudadas e tratadas” (Anexo 1, p.168).

Sanchez, aluno do Curso Raphael de Barros no ano de 1956, afirma que os médicos Dr. Carlos Eduardo de Figueiredo Ferraz e Dr. Walton Carneiro atuaram como assistentes do Dr. Waldo Rolim de Moraes, confirmando a atuação majoritária de médicos no referido curso, que

“abrangia todas as divisões da Fisioterapia: Eletro, Cinesioterapia, Massoterapia, Mecanoterapia, Irradiações Eletromagnéticas (Infravermelho e Ultra-violetas) e Ultra-som, Fundamentos de Enfermagem, Cirurgia e diversas patologias, Ética e mais algumas complementares. ... As práticas eram realizadas no ambulatório do Serviço e nas enfermarias do HC” (Anexo 2, p.188).

O Curso Raphael de Barros era ministrado junto a um outro serviço de Fisioterapia existente no Hospital das Clínicas da FMUSP, no qual trabalhavam médicos das mais variadas especialidades, com cursos no exterior, que depois passaram a trabalhar como fisiatras²⁹. Também faziam parte desse serviço os “técnicos em Fisioterapia”, tendo alguns deles freqüentado o Curso Raphael de Barros. O grupo era dirigido por uma enfermeira, D. Ocarlina Carneiro, que também possuía o diploma de Fisioterapia do referido Curso. Segundo Define, esse serviço funcionava há muito tempo, “com cinco “fisioterapeutas”, Lázara, Palmira, Clarisse, Geralda de Paula, também auxiliar de enfermagem, e Ocarlina Carneiro” (Anexo 1, p.177).

Estes dados demonstram como o ensino da Fisioterapia esteve, no seu início, vinculado às profissões médica e de enfermagem, tanto no seu processo de formação quanto no de avaliação da qualidade dos seus profissionais.

Nota-se também que a prática de o médico chefiar a equipe de saúde se assemelha àquela desenvolvida nos serviços ingleses, cujas massagistas, em 1894, defendiam que os membros da Sociedade não deveriam empreender nenhuma massagem exceto sob orientação médica.

²⁹ Médicos especialistas em medicina física e reabilitação.

Outra influência pode ser observada na característica do Centro de Estudos Raphael de Barros de desenvolver atividades voltadas para formação de técnicos de Fisioterapia e de RX, como eram organizados alguns serviços na Inglaterra, que relacionava as duas atividades.

Para avaliar o currículo do primeiro curso oferecido no Brasil na área da Fisioterapia quanto à questão teoria e prática, deve-se considerar a evolução do pensamento pedagógico brasileiro numa perspectiva circunscrita à evolução da sociedade brasileira, uma vez que a concepção de educação adotada em determinado momento histórico viabiliza um currículo marcado pela teoria ou pela prática, ou pela indissociabilidade das duas.

Segundo Brzezinski (1995), “teoria é termo grego que significa originalmente a viagem de uma missão festiva aos lugares de sacrifício. Surge daí o sentido de teoria como observar, contemplar, refletir. Prática, termo também derivado do grego, significa agir, o fato de agir e principalmente “a ação inter-humana consciente”” (p.52).

Para a autora, as diferentes formas de conceber a teoria e a prática permitem diferentes organizações curriculares, com currículos caracterizados por uma visão dicotômica, em que há separação entre teoria e prática; currículos marcados pela visão associativa, em que teoria e prática se apresentam justapostas; e os currículos como unidade, em que teoria e prática são o núcleo articulador.

Dentro dessa perspectiva, é possível afirmar que o Curso Raphael de Barros possuía uma concepção curricular tecnicista, de visão dicotômica, e ênfase na dimensão prática, com o profissional formado sob a lógica do executar, agir e fazer. Visava a inserção do futuro profissional na prática assistencial, independentemente do seu processo de formação, caracterizando a concepção do “fazer para aprender”.

Pode-se também assegurar que o vínculo da Fisioterapia com a reabilitação era forte nesse momento, na medida em que as duas maiores instituições fundadas nessa década voltavam-se principalmente para esse nível de atuação em saúde: a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR, fundada em 5 de agosto de 1954, na cidade do Rio de Janeiro, na época Capital Federal; e quatro anos após, o Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, pertencente à Universidade de São Paulo, em São Paulo. As descrições dos serviços e instalações também se apresentavam semelhantes aos serviços da Inglaterra, com ênfase na reabilitação, como descrito no capítulo anterior.

Segundo Moura Filho (1999), na ABBR foi criado um Centro de Reabilitação e, mais tarde, cursos para formar, em diversas modalidades, Técnicos em Reabilitação, a primeira turma colando grau em 27 de fevereiro de 1958.

Pio, fisioterapeuta entrevistado (anexo 5), graduado pela Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro em 1968, afirma que a primeira escola de Fisioterapia no Brasil foi a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, criada em 1957 por influência de quatro médicos ortopedistas do Hospital Ortopédico Infantil Menino Jesus: Dr. Osvaldo Pinheiros Campos, Dr. Bitar, Dr. Menton de Alencar, Dr. Jorge Farias, que realizaram residência médica em Londres, presenciaram fisioterapeutas acompanhando os cirurgiões no centro cirúrgico para garantir um melhor emprego dos recursos fisioterápicos no pós-operatório, facilitando e agilizando a alta hospitalar. Segundo o entrevistado, pode-se dizer que o curso foi totalmente inspirado no modelo inglês

Para ele, a nova mentalidade da equipe médica incentivou a formação de profissionais de nível superior, e não de massagistas, auxiliares, curiosos ou voluntários, que, até então, eram os profissionais que trabalhavam na área.

Embora cursos de Fisioterapia estivessem surgindo em São Paulo e no Rio de Janeiro, não havia nenhuma forma de intercâmbio institucional entre eles. “Os fisioterapeutas, depois de formados, é que começaram a fazer intercâmbio profissionalmente” (Anexo 5, p.239).

2.1.3.2. Curso do Instituto Nacional de Reabilitação.

O Curso Raphael de Barros, no qual se formaram inúmeros profissionais em São Paulo, manteve-se em atividade até 1958. Nessa época, havia um movimento para a instalação do curso de formação de fisioterapeutas nos moldes da Organização Mundial de Saúde, semelhante aos já existentes em vários países.

Para a instalação do novo curso era necessário criar uma entidade “mantenedora”. Foi quando a Lei 5.029 criou o INAR, anexo à Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. Esse Instituto, que posteriormente passou a ser denominado Instituto de Reabilitação – IR, surgiu do esforço de alguns médicos brasileiros, entre eles o Professor Godóy Moreira, catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP, através de entendimentos com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, Organização Mundial de Saúde - OMS, e a *World Confederation for Physical Therapy – WCPT*. A criação desse Instituto em São Paulo fez parte de um projeto mais amplo de criação de vários institutos na América Latina, projeto inserido na política econômica norte-americana denominada “Aliança para o Progresso”³⁰,

³⁰ A Aliança para o Progresso foi estabelecida em agosto de 1961. Seus pontos principais podem ser assim resumidos: estabelecimento de um plano decenal de desenvolvimento, com recursos a serem proporcionados

gestada anteriormente e concretizada durante o Governo do presidente Jonh F. Kennedy (1960 – 1963).

Define (anexo 1) credita o interesse da OMS em instalar um Centro de Reabilitação no Brasil, mais precisamente na cidade de São Paulo, ao resultado das condições mundiais pós-II Grande Guerra, que deixou um grande número de militares com seqüelas gravíssimas e que necessitavam retornar para a sociedade com alguma função, “tanto para eles como para a nação”. Segundo o entrevistado, o maior desenvolvimento na área da reabilitação em todas as profissões foi mais evidente nos Estados Unidos, que exercia grande influência no Brasil na época, além da proximidade entre os presidentes Getúlio Vargas e Roosevelt, que colaborou com a implementação dos primeiros ventiladores mecânicos utilizados no Hospital das Clínicas, denominados “pulmão de aço”, e com o início da hoje conhecida Unidade de Terapia Intensiva.

Sanchez afirma que a decisão da ONU em instalar cursos de reabilitação no Brasil foi tomada após pesquisa realizada pela OPAS entre os países latinoamericanos, e “São Paulo preenchia os requisitos básicos: grande rede hospitalar, o maior pólo industrial da América Latina, o maior número de acidentados por diversas causas, que seriam atendidos pelos programas de Reabilitação” (Anexo 2, p.188).

O INAR foi, assim, o primeiro centro piloto de reabilitação da América Latina, e se destinava principalmente ao atendimento de crianças portadoras de paralisia infantil e de paraplégicos, que não tinham, até então, nenhuma forma de tratamento especializado.

O INAR, segundo Define, tinha as características de um verdadeiro Centro de Reabilitação e funcionava inicialmente para o atendimento de pacientes, e não para a formação de profissionais. Suas intalações ocuparam, após algumas reformas, o mesmo espaço destinado anteriormente ao serviço de Fisioterapia da Ortopedia.

De acordo com Define, a proposta da implementação do curso promovido pela OMS no recém criado INAR inquietou os profissionais que já trabalhavam com Fisioterapia e que desejavam ter a mesma qualificação oferecida aos novos estudantes. Ao grupo que trabalhava na seção de Fisioterapia, juntaram-se Francisco Ragoni, Clara Biesek e José Roberto Define, destacados pioneiros na luta do processo de reconhecimento da profissão.

Para a abertura do novo curso, fisioterapeutas que já trabalhavam na Ortopedia deveriam atuar como professores e necessitavam ser preparados para a função. Foi então criado o Curso de Aperfeiçoamento oferecido pela OMS, com duração de seis meses, cujo

pelos EE.UU.; estudos tendentes a debelar as violentas flutuações dos preços dos produtos primários; integração regional; planejamento educacional; ênfase no progresso e luta contra a tirania.

certificado deveria ficar anexado ao diploma de Técnico Operador em Fisioterapia. A exigência para admissão no curso era a que hoje equivale ao ensino médio. “Além do pessoal pertencente à OMS, para construir a equipe do INAR, foram admitidas várias pessoas com profissões diferentes. Alguns foram remanejados do próprio HC. Nesta leva, entraram para o quadro Eugênio Lopez Sanchez, ... e o irmão dele, Angel Lopez Sanchez” (Anexo 1, p.169).

Em 1957, foi oferecido, aos oito fisioterapeutas que trabalhavam na Clínica Ortopédica, um curso elementar de processos básicos de Fisioterapia, organizado pelo INAR, com duração de seis meses, realizado na Clínica Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As aulas teóricas foram ministradas por vários médicos e uma terapeuta ocupacional, incluindo os temas: Anatomia, Poliomielite, Cirurgia Muscular, Paralisia Cerebral, Posturas da Coluna, Escoliose, Paraplegia, Fraturas, Deformidades e Defeitos das Mãos e dos Pés e Relações entre Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Também foram realizadas aulas práticas, com demonstração de tratamento em diferentes casos e de uso de exercícios individuais e em grupo. Cada estudante devia fazer estudos de caso especializados e demonstrar o tratamento de Fisioterapia. Também foram realizados dois exames escritos e exibido um filme sobre programa de treinamento de paciente hemiplégico do Instituto de Medicina Física e Reabilitação de Nova Iorque.

No Curso de Aperfeiçoamento, pela primeira vez, a disciplina anatomia humana foi oferecida com aulas de laboratório e peças anatômicas de cadáver. Também nessa ocasião, pela primeira vez, os profissionais brasileiros tiveram aulas com uma fisioterapeuta, a sueca Karin Lundborg, que se encontrava no Brasil a serviço da OMS.

Na opinião de Define, a fisioterapeuta Karin Lundborg conhecia muito bem a Fisioterapia e aqui, no Brasil, encontrou pessoas de alto nível, o que resultou num ótimo relacionamento com os alunos. Sua influência foi muito positiva para colocar na cabeça de todos os profissionais, o valor da Fisioterapia, pois era uma pessoa que tinha saído de um lugar importante, que tinha uma chancela importante (da ONU, OMS, *WCPT*). Sua dedicação voltava-se para as terapias manuais, os exercícios e a ginástica, dominando as fundamentações da Hidroterapia, Massoterapia e Eletroterapia. Ela também trouxe a orientação para o tratamento em grupo.

Porém, segundo Define, não se pode dizer que esta profissional influenciou os profissionais a lutar pela Fisioterapia, pois esse sentimento já era nato, “ela só participava porque ela também tinha essa idéia” (Anexo 1, p.178).

Nesse momento, os profissionais deram início à profissionalização da categoria, ou seja, começaram a buscar condições ideais que garantissem o exercício profissional de

qualidade. Essas condições, segundo Libâneo (2001) são: formação inicial e continuada que permitem o aprendizado e o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes profissionais; remuneração compatível com a natureza e as exigências da profissão; e condições apropriadas de trabalho, com recursos físicos e materiais, ambiente e clima de trabalho, práticas de organização e gestão.

A partir de 1958, o INAR passou a oferecer o primeiro curso de Fisioterapia de padrão internacional mínimo, com duração de dois anos, para atender aos programas de reabilitação que a OPAS estava interessada em desenvolver na América Latina. Esse padrão pode ser considerado um embrião dos currículos adotados posteriormente.

O curso obedecia aos moldes da O.M.S. e da *WCPT*, incluindo disciplinas básicas, como Anatomia, Fisiologia, Patologia etc, sob responsabilidade dos professores da Faculdade de Medicina. As disciplinas complementares, como Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional, ficaram sob responsabilidade de professores que pertenciam ao quadro do Hospital das Clínicas ou contratados pelo INAR. Para as disciplinas clínicas e profissionalizantes, os professores pertenciam ao quadro da Faculdade de Medicina, entre os quais encontravam-se alguns fisiatras do antigo Curso Raphael de Barros. Ainda, os alunos realizavam estágios tanto no INAR quanto no Hospital de Ortopedia.

O currículo do curso de dois anos seguia as recomendações da OMS, realizadas através da fisioterapeuta Karin Lundborg e do chefe do programa de reabilitação para São Paulo e para o Brasil, Paul Albright, de nacionalidade americana. O documento inicial propunha que, durante os dois primeiros meses, se desenvolvessem os temas básicos de fisiologia, química, física e anatomia, já que as aulas de Fisioterapia teriam mais significado quando houvesse melhor compreensão das condições básicas de todo o curso. Portanto, após os dois primeiros meses, as aulas de Fisioterapia deveriam ser iniciadas, incluindo aulas práticas entre os próprios acadêmicos, nas áreas de massagem, manipulação, etc. Seguindo as recomendações, quando os estudantes estivessem ajustados ao curso, provavelmente após o terceiro mês do primeiro semestre, deveriam receber aulas de ginástica duas vezes por semana. Também deveriam ser incluídas, durante o primeiro semestre, aulas sobre o papel da enfermeira.

O INAR promovia Seminários anualmente e, posteriormente, esse modelo de Instituição foi sendo instalado em diversos Estados do país, com seus respectivos Cursos: em Belo Horizonte, Fundação Arapiara; no Rio de Janeiro, a ABBR; em Salvador, o Instituto Baiano de Reabilitação.

Segundo Moura Filho (1999), o INAR formou sua primeira turma de oito Técnicos em Fisioterapia em 1959.

Silva, aluna do curso nos anos de 1961 e 1962, afirma que ele valorizava mais a prática do que a teoria, pois “na época precisavam de profissionais para desenvolver a atividade nos hospitais” (Anexo 3, p.205).

Ex-presidente do Centro Acadêmico, relata que já havia entre os alunos um movimento direcionado à qualificação teórica, recusando realizar o atendimento de pacientes neurológicos sem aulas teóricas prévias. Embora fatos como esse tenham acontecido, na sua opinião havia muitos médicos, como o Dr. Godóy Moreira, que eram defensores da Fisioterapia; e, de uma forma geral, os professores que ministravam aulas para os cursos de Fisioterapia e Medicina não faziam discriminação entre os alunos.

Entre o corpo discente havia uma forte preocupação com o domínio do conhecimento e a busca da competência. Por influência de professores como Eugênio Lopes Sanchez e Danilo Vicente Define, os alunos deram apoio à Associação Brasileira de Fisioterapia para o reconhecimento da profissão.

Nota-se que o currículo adotado pelo Curso de Fisioterapia do INAR mantinha a concepção tecnicista. Porém, quanto à perspectiva teoria e prática, tendia para uma visão associativa, com teoria e prática como pólos separados, mas não opostos, havendo uma supremacia da teoria em relação à prática, essa sendo uma aplicação.

Os relatos de Silva (anexo 3) permitem avaliar a presença de uma relação de autoridade da prática sob a teoria, enquanto as reivindicações dos alunos buscavam a inversão dessa relação, submetendo a prática à teoria, com o pressuposto de que um currículo assim garantiria a ordem e a hierarquia científicas.

Embora seguindo as normatizações mundiais, os profissionais formados nesses cursos deveriam restringir suas atividades à execução de técnicas. O curso realizado em dois anos, muito aligeirados, não garantia nem mesmo uma qualificação técnica de qualidade. É evidente que tal curso não tinha intenções de proporcionar uma formação ampla do profissional nos níveis epistemológico, cognitivo, filosófico, social e político, seguindo, portanto, a concepção curricular tecnicista, que busca eliminar o desperdício e prever o máximo de eficiência na escola.

Após algum tempo de funcionamento, em 7 de abril de 1967, o Curso do INAR passou a integrar os cursos oferecidos pela USP, com “vestibular” unificado que permitia ao aluno fazer opções de cursos diferentes.

Nessa época, havia o desejo dos profissionais de que o curso de Graduação em Fisioterapia fosse incluído como curso da USP, pois, apesar de os cursos Raphael de Barros e INAR pertencerem à Universidade, as regras para a sua admissão eram diferentes.

Diante desse fato, de existirem cursos com duração e características diferentes, com profissionais egressos sem regulamentação profissional e com baixa remuneração, surgiu a inquietação de criar uma força aglutinadora para a categoria, mais uma vez em busca da profissionalização. Foi quando um grupo de fisioterapeutas que trabalhavam no Hospital das Clínicas, liderados por Eugênio Lopez Sanchez, Angel Lopez Sanchez, Danilo Vicente Define, José Roberto Define, Carmem de Moraes, Maurílio Cardozo Dias, dentre outros, decidiu organizar a categoria através de uma Associação, inicialmente denominada Associação Paulista de Fisioterapeutas ou, segundo Sanchez, AFESP: Associação de Fisioterapistas do Estado de São Paulo, posteriormente Associação Brasileira de Fisioterapeutas e, finalmente, Associação Brasileira de Fisioterapia - ABF.

A ABF foi fundada no dia 19 de Agosto de 1959 na cidade de São Paulo. Sua finalidade e objetivos eram previstos:

“(…) unificação da classe profissional dos fisioterapeutas de todo o Brasil, reunindo-os em torno de um ideal comum, num esforço deliberado pela categorização elevada da classe, em todos os setores de suas atividades.

Desenvolverá campanhas junto aos estabelecimentos hospitalares, fisioterápicos, de reabilitação etc, com o fim de divulgar a participação dos fisioterapeutas à classe médica e à população em geral.

Realizará Congressos de Fisioterapia e Reabilitação, em datas fixadas pela Diretoria.

Promoverá o aperfeiçoamento profissional e científico dos fisioterapeutas, orientando do ponto de vista jurídico e deontológico, todas as atividades relacionadas com o exercício de profissão; contribuirá para a solução dos problemas de Fisioterapia e da Reabilitação; estimulará o intercâmbio científico com as Associações congêneres estrangeiras.

Colaborará com todos os recursos ao seu alcance para incentivar a instalação de mais Escolas de Fisioterapeutas no país, aumentando o número destes especialistas para dar melhor assistência fisioterápica à população brasileira.

No campo social, os fisioterapeutas de todo o território nacional terão nesta entidade um órgão que os representará condignamente perante as autoridades constituídas e as demais classes profissionais, procurando medidas para o bem estar dos associados” (Histórico da ABF, [1963]).³¹

A entidade teve uma participação muito importante no processo de reconhecimento e legalização da profissão e nas mudanças curriculares dos cursos de Fisioterapia no Brasil.

³¹ Os estatutos sociais da ABF estão registrados no Cartório Adalberto Netto, registro de Títulos e Documentos, no Largo do Tesouro, em São Paulo.

Segundo Sanchez, uma das primeiras articulações da ABF destinou-se a discutir qual nome seria dado ao profissional da Fisioterapia no Brasil. Realizou-se uma pesquisa internacional para saber quais nomes eram utilizados, sendo encontradas as seguintes denominações: fisioterapeuta, terapeuta físico, kinesiólogo e fisioterapeuta. A partir do momento em que se decidiu pelo nome de fisioterapeuta, a ABF patenteou-o no departamento de marcas e patentes em São Paulo.

A grande aspiração inicial da ABF era ser aceita como membro da *WCPT*. Para isso era necessário ser previamente reconhecida pela Associação Médica Brasileira - AMB. Nesse momento, a entidade contava com 25 membros.

A classe médica não tinha uma opinião unânime quanto ao apoio à nova entidade. Dois médicos, Dr. Domingos Define, catedrático da Ortopedia, e Dr. Roberto Taliberti, apoiaram e participaram da cerimônia oficial de instalação da ABF, acontecida na sede da Associação Paulista de Medicina. No dia 13 de fevereiro de 1962, a ABF foi reconhecida oficialmente pela AMB “como entidade atuante dentro dos princípios éticos e que congrega os fisioterapeutas do Brasil” (Idem).

Em sua primeira publicação, realizada na forma de um jornal, datado de Novembro-Dezembro de 1962, a ABF lançava a idéia da Confederação Pan-Americana de Fisioterapeutas (C.P.F.), com o objetivo de agrupar todas as Associações de Fisioterapeutas Nacionais dos Países da América Latina em torno de um ideal comum: valorizar o fisioterapeuta nas Américas do Sul e Central, através de um intercâmbio permanente de assuntos científicos, culturais e profissionais desenvolvido com regularidade e metodicamente (ABF, 1962:1).

Três anos após a fundação, no dia 20 de junho de 1963, no V Congresso Mundial de Fisioterapia, celebrado em Copenhague, a ABF foi oficialmente aceita como membro da *World Confederation for Physical Therapy*, passando a representar o Brasil desde então, e mantendo um importante intercâmbio científico com os fisioterapeutas do exterior, com o envio de profissionais a Congressos e Cursos ou recebimento de convidados, principalmente da Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e França.

Nesse contexto, surge um novo profissional, o fisioterapeuta, fortemente influenciado por médicos que acreditavam nos benefícios do tratamento fisioterápico; e pelos enfermeiros que, até então, desempenhavam, na prática, as atividades que seriam então destinadas ao novo profissional.

Estruturados nas regiões mais ricas e produtivas do país, São Paulo, Rio de Janeiro e posteriormente Belo Horizonte, os primeiros cursos não obedeciam a uma normatização

nacional, não possuíam estrutura curricular mínima que direcionasse a formação do novo profissional ainda tão pouco conhecido. Essa situação foi mantida até 1964, quando, em 23 de julho, foi divulgada a Portaria Ministerial nº 511/64, que estabeleceu o mínimo de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

2.2. A Formação de Fisioterapeutas “Técnicos de Nível Superior” (1964 – 1983)

Em 1964, quando o sistema formal de ensino ficou organizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação e coube ao Conselho Federal de Educação estabelecer os mínimos de conteúdo e duração dos cursos, foi aprovado o primeiro documento que normatizava a formação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional no Brasil. Esse documento serviu de referência para a criação de novos cursos de Fisioterapia durante 19 anos.

Segundo Moura Filho, a publicação desse documento buscava atender uma solicitação de profissionais egressos da ABBR e do INAR junto ao Ministério da Educação e Cultura – MEC para o reconhecimento dos estudos feitos em seus cursos. Em Recife, também foi criado o Instituto Universitário de Reabilitação – IUR, ligado à Universidade Federal de Pernambuco, cuja primeira turma, composta por 16 formandos, colou grau em 12 de dezembro de 1964.

Esse período vigente e posterior ao golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas, quando os militares impuseram ao país um regime ditatorial, e reduziram os avanços no sistema educacional, paradoxalmente foi, portanto, o período de maiores conquistas dos fisioterapeutas do ponto de vista legal (reconhecimento do curso) e do ponto de vista tecnológico.

2.2.1. As Políticas de Saúde do Regime Militar.

A partir da década de 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) realizaram programas de desenvolvimento econômico e social para os países latino-americanos. Tais programas eram resultantes de reuniões dos Ministros da Saúde das Américas que, com base nas informações dos governos, buscavam estabelecer uma seqüência de ações para alcançar as soluções de problemas prioritários, como a diminuição da morbidade e mortalidade; modificações de conceitos e métodos; melhora da qualidade de recursos humanos e aumento da produtividade dos serviços de saúde.

O *Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este* (1961) serviu como normatização e formulação dos programas de projetos nacionais no período de 1962-1971. Este documento resultou de uma reunião extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial, na qual os países signatários da Declaração aos Povos da América anunciaram a constituição da Aliança para o Progresso e concordaram, entre várias medidas voltadas ao desenvolvimento econômico e social, em ampliar, em grande escala, as oportunidades de educação de nível técnico e superior; desenvolver programas de saneamento e higiene com o objetivo de prevenir as enfermidades; e lutar contra as epidemias e defender o potencial humano.

Esses conceitos foram ampliados e definidos em duas das resoluções anexas à Carta de Punta del Este. Além de estabelecer um marco de referência claro para o desenvolvimento dos programas de educação e de saúde, esses instrumentos, desde então, incorporaram claramente a formação de pessoal da saúde.

As metas priorizavam a formação e a capacitação de profissionais e auxiliares, através da criação de centros educativos, melhora do ensino superior, incentivo do ensino das ciências e da investigação científica e tecnológica, e intensificação do intercâmbio institucional de estudantes e professores.

A Primeira Reunião de Ministros de Saúde, realizada com o objetivo de analisar as recomendações da Carta de Punta del Este, ocorreu em Washington, em abril de 1963. Definiram-se os problemas de saúde como o conjunto de fatores que condicionam as enfermidades e sua distribuição em cada sociedade. Esses fatores seriam de ordem biológica, econômica, histórica e cultural. De acordo com as informações disponíveis, concluiu-se que prevaleciam na América Latina as infecções, a desnutrição, o saneamento deficiente, as condições insalubres de moradia e trabalho, e a ignorância.

Na busca de soluções para tal situação, uma das diretrizes do decênio enfatizava a preparação e a capacitação de recursos humanos para saúde nos níveis universitário, técnico ou auxiliar, considerados importantes para que se atingissem os objetivos propostos. As categorias prioritárias eram os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A preocupação com a preparação de recursos humanos também foi tema da Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Buenos Aires, Argentina, em 1968. Nessa ocasião, teve destaque a programação das atividades de reabilitação.

O documento³² dessa reunião afirmava que o pouco interesse pelo desenvolvimento da reabilitação nos países de desenvolvimento industrial pequeno, caracterizados por uma economia de predomínio rural, de mão de obra abundante e barata, tendia a se modificar à medida em que houvesse um aumento da industrialização e da promoção do desenvolvimento econômico e social, pela escassez de mão de obra qualificada e a necessidade de recorrer-se a todas formas possíveis de força laboral. Dessa forma, a reabilitação adquiriu importância fundamental, permitindo a recuperação da capacidade de trabalho dos inválidos e tornando-se útil a certas indústrias.

Considerava também que as técnicas empregadas no processo de reabilitação, variadas e complexas, necessitavam de um certo grau de paciência de quem as aplica e de quem as recebe, e afirmava que, provavelmente, esta era uma das razões pelas quais, nos países onde as enfermidades agudas e especialmente as transmissíveis ocupavam uma parte predominante dos programas de saúde, essas técnicas fossem tão pouco utilizadas.

Quanto aos serviços de reabilitação, considerava-se os avanços após a organização, por iniciativa da OPAS, desses serviços em sete países latino americanos, e o crescente interesse em outros países de iniciar essas atividades. Fundamentalmente, reconhecia que os serviços necessários eram os de terapia física, terapia ocupacional e os de fabricação de próteses; e propunha que as instituições de seguro social regulamentassem disposições legais que as obrigassem a preocupar-se com esses problemas e a dispor-lhes recursos financeiros. Esses dados confirmam os relatos de Sanchez e Define quanto ao interesse de instalar no Brasil o Instituto Nacional de Reabilitação.

Quanto ao treinamento de pessoal nas técnicas de reabilitação, o documento ainda afirmava que, nos anos de 1963 a 1968, a OPAS empregara um grande esforço a fim de incrementá-lo, através da organização de cursos de Fisioterapia em cinco países, além da organização do Curso para Professores de Fisioterapia realizado no México, em 1969.

A III Reunião Especial de Ministros de Saúde foi realizada em Santiago, no Chile, em 1972. Nesta ocasião estiveram presentes nove representantes do Brasil, inclusive o Dr. Mário Machado de Lemos, Ministro da Saúde.

Apesar de reconhecer os avanços atingidos na década anterior, as metas continuavam apontando a necessidade de ofertar novas carreiras universitárias e novas profissões promovidas pelo desenvolvimento, pois havia uma demanda maior de jovens egressos do segundo grau.

³² Documento Oficial nº 90, Organização Panamericana de Saúde – Organização Mundial de Saúde.

Quanto à área de Reabilitação Médica, considerada área pragmática, os dados apontavam que, na América Latina e no Caribe, havia pelo menos 10 milhões de pessoas portadoras de algum tipo de incapacidade, que não podiam realizar seu potencial físico a menos que dispusessem de serviços de reabilitação, para os quais a tecnologia moderna facilitava serviços que, utilizados adequadamente, poderiam melhorar o bem estar físico, psicológico, social e vocacional do incapacitado. Para aplicar tal tecnologia, seria necessário pessoal treinado em Medicina Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Logoterapia.

O documento apontava que, nas grande zonas urbanas da América Latina, existiam em maior ou menor grau os serviços citados, porém insuficientes para atender à demanda. Afirmava também que, fora dos centros urbanos, era difícil encontrar serviços de reabilitação, com exceção possível aos de Fisioterapia. Na maioria dos países envolvidos, os programas sofriam obstáculos por insuficiência de recursos financeiros, falta de uma política claramente definida que priorizasse os serviços de reabilitação, e escassez de recursos humanos devidamente preparados.

Finalmente, o documento determinava a seguinte recomendação: incluir serviços básicos de reabilitação em todos os programas de atenção médica, a fim de assegurar que os incapacitados pudessem reintegrar-se a uma vida mais normal possível. Para isso requerer-se-iam: estabelecer comitês nacionais de reabilitação para obter a coordenação das unidades de reabilitação: médicas, psicológicas, sociais, educativas e vocacionais; incluir a prestação de serviços de reabilitação em todos os programas de saúde pública; estabelecer departamentos de medicina física e reabilitação em todos os hospitais regionais e universitários; estabelecer serviços de terapia física e ocupacional, audiologia, terapia social, prótese e órtese em cada região de saúde; estabelecer serviços de educação especial, reabilitação psicossocial e reabilitação vocacional em todos os centro de reabilitação; prestar especial atenção aos problemas de administração, legislação, obtenção de recurso financeiros, coordenação e aquisição de equipamentos e outros materiais; dar prioridade na inversão de recursos destinados à formação de todos os profissionais que integrassem a equipe de reabilitação, mediante o estabelecimento de convênios, bolsas de estudos e planos de residência, com a assessoria da OPAS ou mediante acordos intergovernamentais.

Embora os indicadores no Brasil apresentassem uma expressiva elevação no nível de saúde da população brasileira entre a década anterior a 1950 e os anos próximos de 1964, este ainda se encontrava muito baixo quando comparado aos dados observados nos países desenvolvidos. Apresentava uma elevada mortalidade de pessoas jovens e de crianças, com

valores de 112 por 1000 nascidos vivos, enquanto os valores registrados em países desenvolvidos era de 16,5.

Segundo Moraes (1968), a elevada taxa de mortalidade de pessoas jovens tinha como causas principais as doenças transmissíveis, como diarreias infecciosas, gripe, pneumonia, tuberculose pulmonar, sarampo e tétano. Além dessas, a malária, a esquistossomose mansônica, a doença de Chagas, lepra e ancilostomose eram responsáveis por elevadas taxas de incapacidade. É importante ressaltar que existia grande variação no nível de saúde de acordo com a região, pois a Região Sudeste, com maior renda *per capita*, possuía o mais elevado nível de saúde do País, enquanto a Região Nordeste, com a menor, mostrava o mais baixo nível.

No período próximo a 1964, a distribuição dos recursos médicos-assistenciais acompanhava a distribuição da renda interna, sendo as entidades particulares mantenedoras do maior número de leitos hospitalares. As ações básicas de saúde, como tratamento de água, ainda se apresentavam insuficientes para acompanhar o ritmo do crescimento demográfico. Assistia-se a um baixo rendimento na produção de serviços, conseqüente à inexistência de um órgão central capaz de coordenar as atividades de saúde no País.

Após o golpe militar, seguiram-se alterações estruturais na administração pública, caracterizada por uma forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de atuação dos demais poderes.

Do ponto de vista econômico, assistiu-se à elevação das taxas do Produto Interno Bruto (PIB)³³, que se tornaram próximas às dos países mais ricos. A elevação do PIB foi resultado da modernização da estrutura produtiva nacional, assim como da política que inibiu as conquistas salariais obtidas na década de 1950. Criou-se, portanto, uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando a vida dos trabalhadores ainda mais difícil.

Na opinião de Bertolli Filho (2000), o primeiro ato do governo militar relacionado ao Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública, aumentadas no início da década de 1960. O foco orçamentário prioritário voltava-se para os Ministérios Militares, dos Transportes e da Indústria e Comércio, a fim de garantir a política de “segurança e desenvolvimento”.

Embora a propaganda oficial divulgasse a importância da saúde como “fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico”, o Ministério da Saúde

³³ PIB – Valor total dos bens e serviços produzidos por um país. Utilizado como critério para avaliar o desempenho da economia.

privilegiava-a como elemento individual e não como fenômeno coletivo, destinando parte de suas verbas para o pagamento de serviços prestados por hospitais particulares a pacientes carentes. As verbas também eram destinadas a algumas campanhas de vacinação, deixando de atender às necessidades dos programas de saneamento. Tais condutas resultaram no aumento de enfermidades, como dengue, meningite e malária. “Quando tais doenças se tornavam epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura, impedindo que os meios de comunicação alertassem o povo sobre a ameaça” (BERTOLLI FILHO, 2000, p.52).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Subordinado ao Ministério do Trabalho, o novo órgão passou a ser responsável pelo tratamento individual dos doentes, enquanto ao Ministério da Saúde competiu, ao menos teoricamente, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias. Nos anos seguintes, o INPS passou a ser o maior empregador de fisioterapeutas no Brasil.

A nova estrutura, na qual cabia somente ao Estado coordenar os serviços de assistência médica, aposentadoria e pensões, associada ao grande número de segurados, obrigou o Estado a firmar convênios com grande parte dos hospitais instalados no país, utilizando, portanto, o setor privado para atender à massa trabalhadora.

A fragilidade do novo sistema, caracterizado pelo pagamento de baixos valores e atrasos no repasse de verbas, resultou num esquema de fraudes e conseqüentemente numa degradação dos serviços médico-hospitalares prestados à população trabalhadora.

Buscando contornar os problemas administrativos e a evasão de recursos, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). Para minimizar as críticas que atingiam o governo, foram tomadas medidas na área da assistência médica, como o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e o Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de acelerar o atendimento dos casos médicos de urgência.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de baratear e ao mesmo tempo tornar mais eficazes as ações de saúde em todo país, numa tentativa de superar as inúmeras dificuldades.

“Mas, apesar de todas essas deficiências, a expansão da assistência médica individual e do número de leitos hospitalares repercutiu na queda dos índices de mortalidade geral: em 1960, esse índice era de 43,3 óbitos por mil habitantes; vinte anos depois, caiu para 7,2. Também a expectativa média de vida se elevou para aproximadamente 63 anos. Ainda assim, o Brasil

permanecia como um dos países mais enfermos da América Latina, superado em 1979 apenas por Haiti, Bolívia e Peru.” (Idem, p.56).

Outro dado alarmante do setor de saúde do Brasil nesse período está relacionado ao elevado índice de acidentes de trabalho. Somente em 1976, cerca de um quarto dos dois milhões de trabalhadores da construção civil foram vitimados em acidentes de trabalho, proporção também encontrada em outros setores.

Tais índices eram justificados pelos governantes como parte do esforço coletivo de contornar as dificuldades econômicas do momento, e eram causados, em grande parte, pela negligência dos próprios trabalhadores que se recusavam a obedecer às normas de segurança. A fim de amenizar a situação, foi criado o salário-insalubridade, que deveria ser pago aos trabalhadores de atividades arriscadas.

Os acidentados, porém, encontravam na Previdência Social a única possibilidade de tratamento, porque os hospitais, por realizarem atendimentos rápidos, muitas vezes optavam pela amputação do membro lesado, sem priorizar outras possíveis formas de tratamento menos incapacitantes.

2.2.2. As políticas curriculares do regime militar.

Na década de 1960, a discussão sobre a educação popular tomou corpo com diversos movimentos importantes de grupos ligados à igreja católica, estudantes universitários e intelectuais que desenvolveram iniciativas além dos limites do sistema educacional formal, com campanhas de alfabetização de adultos, criação de centros de cultura popular e organização do movimento de educação de base. Esses grupos pretendiam contribuir para a transformação das estruturas sociais, econômicas, culturais e políticas do país e defendiam a importância da educação para a criação de uma sociedade mais justa. Desses movimentos,

“e com base na ideologia elaborada no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), ... no pensamento católico moderno e em princípios progressivistas, uma tendência pedagógica crítica emergiu, centrada, inicialmente, nas idéias e na prática de Paulo Freire. Neste momento, as questões educacionais no Brasil voltaram a ser analisadas a partir de uma abordagem mais sociológica” (MOREIRA, 1997, p.125).

Na opinião de Moreira (1997), o discurso curricular do início da década de sessenta baseou-se em diferentes interesses e abrigou tendências e orientações diversas. Embora o

contexto mais amplo fosse dominado pela doutrina liberal, alguns autores, como Paulo Freire, apoiaram a ideologia do nacionalismo.

Paulo Freire, embora não tenha desenvolvido uma teorização específica sobre currículo, em *Pedagogia do Oprimido* oferece instruções de como desenvolver um currículo que seja a expressão de sua concepção de educação problematizadora. Em seus primeiros momentos, sua obra foi influenciada por autores europeus e brasileiros, recebendo contribuições de diferentes correntes.

Para Freire, a educação deve ter por objetivo a conscientização dos oprimidos, capacitando-os a refletir criticamente sobre seu destino, suas responsabilidades e seu papel no processo de vencer o atraso do país, a miséria e as injustiças sociais. Propunha que novos currículos seriam necessários, já que o currículo tradicional, abstrato, teórico e desligado da vida real, não poderia desenvolver a consciência crítica do educando. Os novos currículos deviam permitir o desenvolvimento da consciência crítica, valorizando o diálogo, a aprendizagem ativa e a experiência significativa, capacitando o educando a transformar sua realidade social. Para ele, “o ponto de partida da seleção e organização do conteúdo curricular deveria ser a situação existencial presente e concreta dos alunos.” Em relação à teoria de Freire, Moreira (1997) afirma que sua teoria representa o primeiro esforço, no Brasil, de enfocar conhecimento e currículo a partir de um interesse na emancipação (p.129).

Essa fecunda fermentação cultural marcada pela responsabilidade social da educação foi violentamente reprimida pelo golpe militar.

Após o golpe de 64, a política educacional passou a ser orientada pela ideologia tecnocrática, determinada pelos técnicos do Ministério do Planejamento juntamente com os militares que assumiram os interesses econômicos empresariais. A educação passou a ser considerada um instrumento de aceleração do desenvolvimento econômico e do progresso social, estimulando maior produtividade e racionalidade. Com o desaparecimento dos enfoques críticos, associado ao aumento da influência americana, o tecnicismo tornou-se dominante no pensamento educacional brasileiro, principalmente no campo do currículo.

O sistema formal de ensino estava organizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB-1961), que definia a composição e as atribuições do Conselho Federal de Educação (CFE), responsável pela elaboração dos planos relativos à organização do sistema de ensino brasileiro e dos currículos mínimos dos cursos de graduação - conjunto formado pelo número mínimo de matérias de uma área de conhecimento, com o objetivo de definir a especificidade do profissional a ser formado.

A institucionalização do currículo mínimo visava manter uma unidade básica de conteúdos aplicável como critério para transferência de alunos em todo o território nacional. Segundo Brzezinski (2000), houve protestos dos educadores contra sua fixação, “porque foi instituído como uma “camisa de força” que uniformizava todos os currículos, sem respeitar a diversidade do País” (p.56).

A interferência norte-americana nessas novas diretrizes para a educação brasileira ocorreu através dos acordos MEC-USAID³⁴, e outros realizados entre universidades brasileiras e americanas, com um intensivo treinamento de educadores brasileiros nos Estados Unidos. Devido a esses acordos, muitos planos organizacionais acabaram sendo elaborados por especialistas americanos.

Nos anos de 1970, o conteúdo dos cursos de currículos e programas, tanto os de graduação quanto os de pós-graduação, refletia forte influência das teorias de Tyler e Taba.

Ralph Tyler, em 1949, publicou um livro sobre currículo centrado em questões de organização e desenvolvimento. Nele, o currículo é considerado uma questão técnica, consolidando o modelo curricular de Bobbitt.

O paradigma estabelecido por Tyler dominou o campo do currículo nos Estados Unidos, exercendo grande influência em diversos países, incluindo o Brasil, por quatro décadas. Segundo o modelo proposto por Tyler, a organização e o desenvolvimento do currículo devem buscar responder a quatro questões básicas: “1. que objetivos educacionais deve a escola procurar atingir?; 2. que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar esses propósitos?; 3. como organizar eficientemente essas experiências educacionais?; 4. como podemos ter certeza de que esses objetivos estão sendo alcançados?” As quatro perguntas de Tyler correspondem à divisão tradicional da atividade educacional: “currículo” (1), “ensino e instrução” (2 e 3) e “avaliação” (4). (SILVA, 2000, p.25)

Taba também segue a mesma linha de abordagem técnica. Considera que a obtenção de um currículo conscientemente planejado e dinamicamente concebido requer uma sistematização coerente e ordenada.

Em sua obra *Curriculum development, theory and practice* (1962), Hilda Taba estabelece as sete etapas do planejamento curricular: diagnóstico das necessidades, formulação dos objetivos, seleção do conteúdo, organização do conteúdo, seleção de

³⁴ Acordos firmados entre o Ministério da Educação e Cultura e a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional.

experiências aprendidas, organização das experiências aprendidas e determinação dos modos de avaliar.

Embora pudessem ser encontrados alguns conteúdos voltados para discussão de problemas da realidade brasileira, “o conhecimento curricular não era questionado; era sim, apresentado acriticamente, como mero instrumento para o alcance de fins pré-especificados” (MOREIRA, 1997, p.140).

As publicações nacionais dessa década continham influências de autores de diferentes tendências, sendo predominante a tecnicista. Os manuais de currículos escritos por autores brasileiros, como Dalila Sperb e Lady Lina Traldi, exemplificam a tese de que a transferência de teorias tecnicistas americanas para o Brasil envolveu a adaptação e a interação com as tendências curriculares previamente influentes em nosso país.

Segundo Pedra, a trajetória do currículo no Brasil teve suas peculiaridades e as marcas do pensamento transplantado, buscando em textos norte-americanos o conteúdo e a forma do pensar e fazer currículos. Afirma que “isto não significa que houve mera transposição do pensamento norte-americano para o contexto brasileiro. Significa tão-somente que as raízes teóricas do pensamento brasileiro sobre o currículo não são nativas, mas estrangeiras” (1999, p.33).

2.2.3. O primeiro currículo mínimo para cursos de Fisioterapia.

Um dos primeiros documentos oficiais que caracterizaram o fisioterapeuta e relacionaram as suas competências foi o Parecer n.º 388/63, que serviu de base para a elaboração da Portaria Ministerial n.º 511/64, de 23 de julho de 1964, a primeira proposta curricular existente na história da Fisioterapia no Brasil.

Como discutido anteriormente, o currículo mínimo constitui o núcleo de matérias fixado pelo Conselho Federal de Educação, indispensável para uma adequada formação profissional.

O Parecer n.º 388/63, elaborado por uma comissão de peritos nomeados pelo Diretor do Ensino Superior, aprovado em plenário em 10 de dezembro de 1963, caracterizava o Fisioterapeuta como “auxiliar médico que desempenha tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico”, e delimitava sua função em “executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social” (Anexo 10, p.325).

O documento acrescentava ainda: “que os novos profissionais paramédicos se chamassem Técnicos em Fisioterapia, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontece a enfermeiros, obstétrices e nutricionistas” (Idem).

A Comissão considerou excessivo o currículo da Escola de Reabilitação da ABBR do Rio de Janeiro, “preferindo esquema bem mais modesto e exequível, como convém ao meio brasileiro que só agora cuida de instalar a primeira escola do gênero. A falta de experiência e de professores regularmente habilitados, bem como de instalações, laboratórios e equipamentos especializados aconselha começar de modo menos ambicioso” (Idem).

De acordo com o parecer da Comissão, determinou-se que os cursos teriam a duração de três anos letivos, com matérias comuns e matérias específicas. As matérias básicas eram entendidas como o indispensável à compreensão e à boa execução dos atos terapêuticos que os diplomandos fossem chamados a praticar. Quanto à matéria Administração Aplicada, esta devia ser entendida por organização e administração dos serviços de reabilitação, cuja tendência era a de “ganhar corpo” para comportar as equipes e as custosas instalações de trabalho (Idem).

O Parecer 388/63 orientou a Portaria Ministerial n.º 511/64, de 23 de julho de 1964, que fixou os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia. Esse documento, em seu Art. 1º, apresentava: “o currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia ... para a formação de técnicos em fisioterapia compreende matérias comuns e matérias específicas”. Seguiam os conteúdos das matérias comuns: Fundamentos da Fisioterapia, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada; e matérias específicas do Curso de Fisioterapia: Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. A duração dos cursos foi estabelecida em três anos.

Por matérias comuns entenderam-se aquelas que seriam oferecidas aos dois cursos, permitindo maior flexibilidade dos alunos nos períodos iniciais.

As definições contidas no citado Parecer 388/63 evoluíram em relação à situação anterior quando se referiram ao fisioterapeuta como profissional de nível superior. Ao mesmo tempo, porém, discriminaram-no ao chamá-lo de técnico, submisso a outro profissional, limitando sua atuação, tolhendo totalmente sua autonomia e considerando-o um profissional de segunda categoria.

Os conteúdos desse documento apresentavam claramente a intenção de preservar o “status” da classe médica e de desvalorizar o fisioterapeuta e sua formação. Por isso a preocupação de delimitar-lhe uma formação tecnicista e determinar-lhe a duração de seu curso em apenas três anos (a metade do tempo destinado aos cursos de medicina). Esses fatos

eram coerentes com as políticas educacionais voltadas apenas para a qualificação técnica, sem a pretensão de proporcionar um conhecimento científico ao aluno.

Para Parra Filho e Almeida (2000), embora o ser humano contente-se momentaneamente com as conclusões obtidas, o espírito humano mantém a busca constante da explicação de tudo, até chegar à razão verdadeira que o deixa satisfeito. Nesse processo de busca, define-se a natureza do conhecimento humano.

O conhecimento primário, no qual o ser humano toma conhecimento do mundo exterior através da percepção e utilização dos órgãos dos sentidos, denomina-se conhecimento intuitivo, cuja origem está na experimentação e no sentir mediante as sensações.

O conhecimento racional afirma que a razão é a verdadeira fonte do conhecimento. Superando o antagonismo entre razão e experiência, surge o intelectualismo, que admite ambos como fonte do conhecimento.

Já o conhecimento científico caracteriza-se pelo conhecimento formal que obtém na experiência o seu conteúdo.

Várias terminologias e práticas contidas no Parecer 388/63 reforçam a prática encontrada na Inglaterra, que denominava de “auxiliares médicos” os profissionais não médicos, ressaltando dessa maneira o papel do médico na equipe de saúde.

A primeira proposta curricular (Portaria Ministerial nº 511/64) determinava que os cursos de Fisioterapia deveriam garantir que os diplomandos fossem capazes de compreender e executar atos terapêuticos, sem a pretensão de que pudessem participar criticamente dentro do seu trabalho e na sociedade. O fisioterapeuta era formado para integrar o mercado de trabalho, como um competente executor de técnicas, e não o mundo do trabalho, com capacidade de leitura crítica da realidade e de fazer opções.

Estes documentos se apresentaram coerentes com o modelo econômico brasileiro que se consolidou na década de 1960. De acordo com Brzezinski (2000), “o intervalo 1960-1964 foi marcado pela eficaz preparação de técnicos, ... objetivando atender ao apelo do modelo desenvolvimentista” (p.54).

O fisioterapeuta, como um competente executor de técnicas, ainda que não produzisse lucro diretamente, apresentava-se como um “suporte” ao modo de produção capitalista, com a função de praticar atos terapêuticos nos indivíduos lesados, permitindo seu retorno ao mercado o mais precocemente possível. Também, de certa forma, esse novo profissional vinha atender às metas estabelecidas pela OMS e OPAS, anteriormente citadas.

Para Moura Filho, o Parecer 388/63 expressou em sua doutrina, rigorosamente, o conflito existente na compatibilização da regra universitária e o interesse das instituições

proponentes. Por esse motivo, os graduados eram denominados pela instância educacional de “Técnicos em Fisioterapia”, por não haver a possibilidade de denominar de “Auxiliares” os egressos de cursos universitários. Conclui também que, apesar das limitações impostas pelo Parecer e respectivo currículo, a legislação educacional determinava uma carga horária mínima de 2.160 horas para os cursos de nível superior, contribuindo para que os currículos dos cursos fossem melhor estruturados do que o exigido formalmente no referido Parecer.

Embora a Portaria Ministerial nº 511/64 caracterizasse o fisioterapeuta como técnico, segundo Gusman, aluna da primeira turma a cursar três anos na USP, entre 1965 e 1967, o termo não foi adotado pelos formandos. Em 7 de abril de 1967, através da portaria GR nº 347, a Universidade de São Paulo baixou o Regulamento, abolindo dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina o termo “técnicos em Fisioterapia”.

Posteriormente, a Portaria 1.025 de 16 de janeiro de 1970 confirmou “os certificados de conclusão dos cursos técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, expedidos pelo Instituto de Reabilitação da FMUSP nos anos de 1958 a 1966, considerados para efeitos de direito, equivalentes aos diplomas expedidos nos termos do regulamento” (MARQUES e SANCHEZ, 1994, p.6).

O Curso de graduação em Fisioterapia da FMUSP, com duração de três anos, permaneceu até 1979. As disciplinas que compunham esse curso estavam distribuídas: no primeiro ano: Anatomia, Histologia e Embriologia, Psicologia, Cinesiologia, Enfermagem, Ética e História da Reabilitação, Microbiologia e Imunologia, Fisioterapia Geral e Fisiologia; no segundo ano: Conjunto de Disciplinas de Medicina Clínica e Cirúrgica, Administração Hospitalar Aplicada, Psicologia Social e do Trabalho, Psicologia do Excepcional, Radiologia, Anatomia Patológica Geral, Ginástica 1 e 2, Psicologia do Ajustamento, Fisioterapia Especial, Fisioterapia Geral; e no terceiro ano: Estudos de Problemas Brasileiros I e II, Estágio Supervisionado em Fisioterapia I e II.

Segundo Feltrim, que foi aluna do Curso de Fisioterapia da USP entre 1973 e 1975, o curso tinha basicamente três professores da Fisioterapia: os fisioterapeutas Eugênio, Angel e Danilo, que se revezavam nas matérias. Os estágios eram realizados no Hospital das Clínicas e no Lar Escola São Francisco, um importante centro de reabilitação do país, onde os fisioterapeutas exerciam a função de supervisores, sem receber remuneração para tal.

“O Instituto de Ortopedia do HC era um centro muito importante, de referência nacional, internacional, com profissionais muitíssimos bons. Lá trabalhavam a Sônia Manso, que depois

foi presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia; a Maria Inês Marino, que deu continuidade ao trabalho da Carmem de Moraes, que foi uma das primeiras fisioterapeutas, uma sumidade em amputados. A Maria Lúcia Peres, quer dizer, gente assim, de altíssimo nível, que construiu mesmo a Fisioterapia. A Renate Burkhorst também trabalhou um tempo aí” (Anexo 9, p.310).

Para Feltrim, o curso tinha o objetivo de formar fisioterapeutas generalistas, e caracterizava-se pela preocupação com a qualidade do profissional a ser formado. Destaca a conscientização e a participação dos alunos no processo de sua consolidação. “Eu considero que a progressão do curso da USP foi pelo movimento estudantil, porque foi o movimento estudantil que pressionou a Faculdade de Medicina, a direção superior a olhar para Fisioterapia: nós fazíamos greve, nos fazíamos manifesto” (Anexo 9, p.314).

A partir de 1980, o curso de Fisioterapia da USP passou a ter a duração de quatro anos.

Na análise curricular da perspectiva teoria e prática adotada nesse período, verifica-se que o modelo caracterizava-se pela visão associativa, contrária à observada no Curso do INAR, já que havia a autoridade da teoria em relação à prática. O fisioterapeuta recebia uma formação geral, que disseminava a teoria de cada área do saber, e uma formação específica, na qual deveria aplicar os conhecimentos teóricos aprendidos.

Segundo Brzezinski (1995), “a visão associativa da teoria-prática provoca um divisor de águas entre as disciplinas de formação geral e especial e coloca, por exemplo, o estágio curricular como prática por excelência, que viria no final do curso, como um coroamento dos estudos teóricos anteriores” (p.53).

De acordo com cadastro elaborado pela ABF no ano de 1964, que expressa os dados fornecidos pelas Associações Nacionais de Fisioterapeutas membros da *WCPT*, o Brasil, com 70 milhões de habitantes, contava apenas com 300 fisioterapeutas, sendo que, desses, apenas 70 participavam como sócios da Associação. Com a proporção de 234.000 habitantes para cada fisioterapeuta, o Brasil detinha a pior proporção entre países como Alemanha, Austrália, Canadá, Chile, Colômbia, Dinamarca, Estados Unidos, Finlândia, França, Inglaterra, Israel, Suíça, Uruguai e Nova Zelândia, esta que apresentava uma relação de 1.250 habitantes para cada fisioterapeuta, a melhor proporção.

Por ocasião do Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, realizado no Rio de Janeiro entre os dias 12 a 14 de Novembro de 1964, a Comissão Executiva decidiu recomendar às autoridades competentes que o projeto de lei apresentado ao Congresso

Nacional, sobre a regulamentação da profissão em nível superior, fosse considerado em regime de urgência. Porém, o reconhecimento foi aprovado somente cinco anos depois.

2.2.4. 1969: O ano do reconhecimento da profissão.

Até 1969, existiam no Brasil apenas cinco escolas de reabilitação para formar fisioterapeutas “técnicos”, que, em virtude da legislação existente, apresentavam distorções quanto às diferentes formações oferecidas. As atividades dos profissionais se concentravam principalmente nas áreas de ortopedia/traumatologia e neurologia, sendo as outras áreas de atuação buscadas pela influência de escolas européias, principalmente da Inglaterra e Alemanha, e também pela necessidade de se adequar às necessidades da população.

Apesar de em pequeno número, os fisioterapeutas, organizados na ABF, conseguiram a aprovação do Decreto Lei n.º 938 de 13 de Outubro de 1969, o segundo documento oficial que apresentava considerações sobre o fisioterapeuta. Esse documento foi decretado pelos ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar (Anexo 11, p.327).

Em seu Art. 1º, assegura o exercício da profissão do fisioterapeuta; no Art. 2º, reconhece-o como profissional de nível superior; no Art. 3º, determina ser sua atividade privativa a execução de métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. O Art. 5º apresenta outras atividades a serem exercidas pelo fisioterapeuta, como: cargos de direção em estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente; exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio; e supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos. Em seu Art.11º, determina ao órgão competente do Ministério da Saúde a fiscalização, em todo território nacional, do exercício da profissão.

A aprovação desse decreto em 1969 foi uma grande conquista. Apesar de não satisfazer plenamente os anseios da classe profissional, constituiu um verdadeiro suporte legal ao exercício profissional, na medida em que contribuiu para a delimitação do campo profissional da Fisioterapia, e atribuiu ao fisioterapeuta o direito exclusivo de intervenção nessa área. A legalização da profissão constitui uma categoria de grande importância no processo de profissionalização.

Segundo Pio (Anexo 5), um fato isolado, envolvendo o Presidente da República Marechal Costa e Silva, contribuiu para a regulamentação da profissão em 1969. Segundo consta, o então Presidente sofreu um Acidente Vascular Cerebral que o deixou hemiplégico,

necessitando de cuidados fisioterápicos. O profissional que o atendeu influenciou o Presidente a favor da aprovação do projeto em tramitação no Congresso.

Silva (Anexo 3), que era presidente da ABF na ocasião, relata que, desde 1962, havia grande interesse dos profissionais no reconhecimento da categoria profissional. Reuniões eram realizadas buscando identificar colegas e pessoas que pudessem contribuir no processo. A fisioterapeuta Ana Lúcia Rossi, secretária da ABF, conhecia o Deputado Federal Breno da Silveira, membro da Comissão de Justiça, que comunicou o dia em que seria votado o projeto de reconhecimento da profissão na Câmara. Vários fisioterapeutas de diferentes regiões, então, deslocaram-se para Brasília a fim de “pressionar” os Deputados. O Projeto proposto pela ABF foi aprovado integralmente e foi finalmente reconhecida a profissão do Fisioterapeuta.

Segundo Silva, até o momento do reconhecimento, não havia oposição aos fisioterapeutas por parte da categoria médica, porque o número de profissionais era pequeno e não representava uma ameaça. Além disso, a expectativa era a de que os profissionais fossem reconhecidos como técnicos. “Só que não foi isso que nós fizemos. Então, nós demos uma viravolta na coisa. Só que eles não sabiam, eles não estavam a par disso” (Anexo 3, p.202).

Outro fato importante ocorrido em 1969 foi a realização do I Curso para Professores Latinoamericanos de Terapia Física, promovido pela OPAS na América Latina, com objetivo de melhorar o nível de ensino e a preparação das matérias de saúde.

O interesse pela realização desse evento surgiu desde a realização, em 1964, em Londres, de um curso para preparação de professores de Fisioterapia, patrocinado pela OMS e WCPT; e pelo interesse particular do Dr. Robin Handley Smith, assessor regional da Organização Panamericana de Saúde, e da Srta. M.J. Neilson, secretária geral da WCPT, que conheciam os problemas e as necessidades da América Latina.

O empreendimento contou com o apoio do governo americano através da “*Secretaria de Salubridade y Asistencia*”, e a cidade escolhida para sediá-lo foi a Cidade do México, que contava com quatro escolas de formação de Fisioterapeutas, o que facilitava o trabalho dos participantes. Havia também o apoio dos mexicanos quanto à organização e a participação no evento, além do interesse da “*Asociación Mexicana de Terapia Física e Rehabilitación*” de ser incluída no quadro social da WCPT.

O quadro de diretores e professores era extenso, sendo os seus membros mais representativos: Dra. Blanca Jimenez, Diretora do Instituto Nacional de Pedagogia do México; Dr. Leobardo Ruiz, médico-militar, fisiatra, representante do governo mexicano;

Srta. Josephina Stach-Hayden, professora de Fisioterapia da Universidade de Manitoba, Canadá; e o Dr. Robin Hendbey-Smith, Assessor da OPAS-OMS em Reabilitação.

Dezenove participantes bolsistas, de um total de 8 países, foram escolhidos pelo seguinte critério: fisioterapeutas diplomados em escolas reconhecidas por autoridade de cada país e pela *WCPT*, órgão internacional diretor e coordenador dos assuntos relativos à formação de fisioterapeutas e das respectivas associações profissionais. Coube à Superintendência do Hospital das Clínicas de São Paulo a escolha dos representantes brasileiros, os professores Danilo Vicente Define e Eugênio Lopes Sanchez.

O Curso com duração de um ano foi dividido em quatro partes. A primeira, básica compreendia as disciplinas de Anatomia, Fisiologia, Física, Psicologia, Pedagogia e Fisioterapia; a segunda, estágios e visitas a hospitais, escolas de Fisioterapia e centro de Reabilitação; a terceira, aulas teórico-práticas e supervisão de estágios nas escolas de preparação de fisioterapeutas; e quarta, preparação, apresentação e discussão das monografias e relatórios finais.

No dia 13 de outubro do ano de 1969, foi lavrada a Ata Constitutiva da “*Sociedad Latinoamericana de Profesores de Terapia Física*”, na Cidade do México, com comissões compostas pelos professores que se encontravam realizando o Curso promovido pela OMS/OPAS. Os principais objetivos da nova entidade buscavam aumentar o intercâmbio de experiências na docência, estimular a utilização dos modernos métodos e técnicas de ensino, impulsionar e colaborar na formação de docentes em terapia física, orientar e estabelecer normas de conduta dos professores no exercício de suas atividades e recomendar a unificação de planos e programas nas Escolas de Terapia Física e Cinesiologia, de acordo com as necessidades dos países da América Latina.

Um trabalho de autoria de Sanchez (1970), intitulado “*Estudio Preliminar del Adiestramiento de Fisioterapeutas en el Brasil*”, apresentado na *Conferencia de Rehabilitacion del Invalido*, promovida pela Organização Mundial de Saúde, na Cidade do México em 1970, contém informações importantes sobre os cursos de Fisioterapia no Brasil.

Sanchez (1970) afirma que, a partir de 1955, a Fisioterapia passou por uma transformação, deixando de se caracterizar pelo empirismo e tornando-se mais científica. Considera que essa transformação esteve relacionada aos planos de reabilitação aplicados pela O.M.S. na América Latina, que resultaram na abertura de novos horizontes quanto à atenção integral aos pacientes. Através dos Centros de Reabilitação e das respectivas escolas de reabilitação, que deveriam formar profissionais exclusivos da reabilitação, surgiram o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o orientador profissional e o fonoaudiólogo.

Até 1969, os cinco cursos de Fisioterapia funcionavam exclusivamente nas Escolas de Reabilitação, nos seguintes Estados: Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Guanabara e São Paulo. A sua duração variava entre três ou quatro anos, todos adotando os programas da *WCPT*.

As Escolas de Reabilitação eram ligadas aos próprios Centros de Reabilitação. Administrativamente, eram anexas à Faculdades de Medicina e a grande maioria possuía instalações provisórias e modestas. Noventa e cinco por cento dos docentes pertenciam à classe médica. A direção das escolas competia a médicos ortopedistas ou fisiatras e a colaboração ou participação dos professores era gratuita. As aulas práticas eram realizadas nos Departamentos de Medicina Física e nos Centros de Reabilitação, por meio de observação e participação no trabalho dos fisioterapeutas.

Para o ingresso nos Cursos, os alunos deveriam ser aprovados em vestibular da Escola, ter boa saúde física e mental, ter 18 anos e ser aprovado no teste psicológico. Estima-se que, entre 1957 e 1970, formaram-se 600 fisioterapeutas, dos quais 80% dedicaram-se à reabilitação, 10%, a outras especialidades e 10% abandonaram a profissão.

Numa visão crítica do aperfeiçoamento de fisioterapeutas no Brasil, Sanchez (1970) relata que a política de ensino da Fisioterapia revelava uma tendência unidimensional, voltada para a formação característica do especialista, ao invés de proporcionar uma formação multidimensional de conhecimentos básicos e de todas as especialidades da Fisioterapia. Acredita que tal situação era resultante de uma indefinição das políticas de ensino, que não distinguiram entre a Fisioterapia, uma divisão da Medicina Física, e a Fisioterapia em reabilitação, uma especialidade da Fisioterapia Geral. Também evidencia a falta de uma mentalidade profissional formada dentro das escolas, para instruir e educar integralmente os estudantes, decorrente inclusive de outros problemas, como a inexistência de um quadro docente completo de professores fisioterapeutas e de planos de longo alcance a serem desenvolvidos em etapas, de acordo com as necessidades brasileiras. Conclui que³⁵

“a existência de um ambiente de parcialidade na reabilitação brasileira, sobre a escassez de fisioterapeutas, que criou uma mentalidade dissociada da realidade para justificar a aplicação de uma série de medidas impróprias, totalmente desaconselhadas... Trata-se do treinamento de auxiliares de Fisioterapia, em cursos especiais, que dão uma falsa solução ao problema, com graves repercussões, de ordem terapêutica, ética e socioeconômica” (SANCHEZ, 1970, p.6).

³⁵ Tradução livre.

Diante dessa realidade, o autor traçou sugestões para os doze anos seguintes, como solução definitiva para o aperfeiçoamento dos fisioterapeutas no Brasil, como: aumentar a participação de fisioterapeutas no quadro docente e na representação junto à direção das escolas para uma proporção mínima de 50%; criar um conselho de docência ou congregação, com representação dos quadros docente e discente; planejar atividades acadêmicas elaboradas pela equipe da escola; realizar convênios com hospitais de ensino e outras instituições da comunidade de interesse pedagógico; realizar reuniões nacionais das escolas de reabilitação para proporcionar trocas de experiências e programar cursos de professores de Fisioterapia.

Prevendo uma saturação de mercado nos centros de reabilitação, onde se concentrava a maioria dos fisioterapeutas, Sanchez propôs o início da assistência nos outros ramos da Medicina, que necessitavam de fisioterapeutas especializados. Baseando-se nas informações do Primeiro Censo Hospitalar do Brasil de 1965, o autor estimou o número de fisioterapeutas especialistas necessários em cada área, como consta na tabela 1, totalizando 3.700 profissionais até 1982.

Tabela 1

Hospitais especializados	Estimativa do número de fisioterapeutas especializados
196 hospitais de maternidades	500 em obstetrícia
07 hospitais de cardiologia	50 em moléstias cardiovasculares
119 hospitais de neuropsiquiatria	300 em neuropsiquiatria adulta e infantil
107 hospitais de tuberculose	300 em enfermidades do aparelho respiratório
53 hospitais de enfermidades mentais	200 em enfermidades mentais
41 hospitais de cirurgia	200 em cirurgia geral
34 hospitais de lepra	100 em lepra
19 hospitais de convalescentes ou de repouso	100 no tratamento de convalescência de diversos tipos de pacientes
15 hospitais de enfermidades transmissíveis agudas	50 em enfermidades transmissíveis e terapia intensiva
15 hospitais de câncer	50 em cancerologia
12 hospitais de ortopedia e traumatologia	200 em recuperação do aparelho locomotor e próteses e órteses
11 hospitais de crônicos	150 em enfermidades crônicas em adultos e idosos
5 hospitais em neurologia	500 em neurologia infantil e de adultos
4 hospitais de deficientes físicos	1000 em reabilitação

Fonte: SANCHEZ, E. L. “Estudo Preliminar del Adiestramiento de Fisioterapeutas en el Brasil”, Conferência apresentada no México, 1970.

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que estimava uma população de 120 milhões de habitantes para 1982, e baseando-se na proporção de 5 mil habitantes para um fisioterapeuta³⁶, seriam necessários 24.000 fisioterapeutas, ou seja, uma média de 2.000 novos profissionais ao ano.

Sanchez defendia que, para atingir tal objetivo, os cursos deveriam ser desenvolvidos em locais adequados, mais precisamente em escolas de Fisioterapia integradas à Universidade, caminho já aberto pelo curso da Universidade de São Paulo. Uma vez transformado em curso universitário, poderia atender à formação de fisioterapeutas na graduação e na pós-graduação: mestrado, especialização, aperfeiçoamento, extensão universitária e de nível intermediário.

O trabalho realizado por Sanchez pode ser considerado um marco na história do ensino da Fisioterapia no Brasil, pois não só realiza uma visão crítica dos cursos instalados, como fornece subsídios para uma maior participação da categoria no processo.

As características apontadas por Sanchez quanto à formação do fisioterapeuta como unidirecional, voltada para a especialização, confirma o predomínio do modelo curricular tecnicista, disciplinar, inflexível e incompleto, que não forma o homem em seus aspectos multidimensionais.

Com uma visão progressista para a época, Sanchez defendeu a formação do fisioterapeuta/cidadão, dotado de competência técnica, mas com formação ampla e geral. Também denunciou a carência de professores qualificados nos cursos de Fisioterapia existentes no país, um problema que se tornaria crônico na realidade brasileira e que acabou por comprometer a qualidade da formação e do desenvolvimento de uma mentalidade profissional.

Associado à carência de profissionais à qual se refere Sanchez, Bianchetti (1999) relata que, durante o governo militar, ocorreu a irrupção das idéias neoliberais³⁷, não só no Brasil, mas na maioria dos países do cone sul, que viviam grave crise econômica resultante das condições interna e externa dos modelos econômicos (p.34).

Na opinião de Bianchetti (1999), “o resultado disso foi a deteriorização das condições de vida de grandes setores sociais que foram excluídos da planificação na saúde, educação e

³⁶ Dados das metas sanitárias para 1970 do relatório da ONU.

³⁷ O modelo teórico neoliberal, aqui referido, orienta-se pelas obras de Bianchetti, 1999, pp.17-118, que desenvolvem as características mais importantes do modelo neoliberal a partir do pensamento de Friederich Hayek e Milton Friedman.

moradia, ...” (p.85). Ao se referir às políticas educacionais dentro do modelo neoliberal, no que se refere à formação e capacitação das pessoas, afirma que

“entre as teorias coincidentes com a filosofia neoliberal, identificamos a “teoria do capital humano” como a que, por sua perspectiva economicista, responde melhor aos princípios sustentados por essa tendência. Essa teoria incorpora em seus fundamentos a lógica do mercado e a função da escola se reduz à formação dos “recursos humanos” para a estrutura de produção” (p.93).

No período de 1969 a 1981, houve no Brasil a explosão comercial do ensino superior. Registraram-se mais de catorze novos cursos de Fisioterapia, com o objetivo de equilibrar o mercado pela “formação” de um maior número de profissionais. Esse assunto será retomado para discussão no próximo capítulo.

2.3. A Formação de Fisioterapeutas: o Segundo Currículo Mínimo para os Cursos de Fisioterapia (1983 – 2001)

A Portaria Ministerial nº 511/64, que regulamentava as disciplinas que deveriam compor a formação do fisioterapeuta, assim como a duração do curso em três anos, somente foi substituída em 1983, com a aprovação do novo currículo mínimo, embora vários cursos de fato já adotassem currículos de quatro anos. O novo currículo mínimo correspondeu a um grande anseio dos profissionais engajados na luta por uma melhor formação e qualificação da categoria.

2.3.1. As políticas de saúde na década de 1980.

As metas do Plano Decenal de Saúde para as Américas, que reúnem as decisões da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, incluíam, dentre outras, que as programações para a década de 1971 a 1980 deveriam estimar um crescimento da população em 24% para o hemisfério norte e 33% para a América Latina e Caribe. Destacavam a necessidade de formular planos e programas com a determinação precisa de objetivos, aplicação de normas e de técnicas eficientes; o importante papel dos recursos humanos como fundamental na estruturação e operacionalização dos sistemas de saúde, devendo ser sua formação e capacitação realizadas em estreita relação com a realidade nacional; a necessidade de uma relação próxima entre os Ministérios da Saúde e as Universidades, a fim de

estabelecer reformas no ensino das ciências da saúde; a necessidade de incorporar os planos de saúde e de desenvolvimento econômico desde as fases de prevenção, com particular atenção ao desenvolvimento regional, nacional ou internacional.

A partir da década de 1970, uma instituição americana, a Fundação W. K. Kellogg, passou a colaborar com as instituições latinoamericanas no desenvolvimento de programas de educação e serviço à comunidade na área das ciências da saúde. A assistência era oferecida através de subvenções para projetos experimentais baseados em novos enfoques em educação ou serviços relacionados com a melhora da saúde. Tal instituição posteriormente esteve diretamente envolvida na promoção de debates sobre os currículos de Fisioterapia no Brasil.

Em setembro de 1978, foi realizada uma reunião com representantes de 134 países, muitos deles Ministros da Saúde, em Alma-Ata, na ex-União Soviética, com objetivo de discutir os problemas de saúde dos países mais pobres. Nessa reunião, que teve o apoio da OMS e do UNICEF³⁸, discutiram-se uma filosofia de trabalho e uma estratégia para levar os benefícios da medicina moderna às grandes massas da população, principalmente as dos países de terceiro mundo, que, como dito anteriormente, permaneciam com reduzido acesso ao sistema de saúde. Os resultados principais da reunião foram apresentados sob a forma de uma declaração de 10 artigos e 22 recomendações.

Em seu V artigo, a Declaração propunha o “alcance por todos os povos do mundo, no ano 2000, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva”. Destacando os cuidados primários de saúde, a declaração e as recomendações incluíam a educação sobre a prevenção e o controle dos problemas de saúde, a promoção da nutrição adequada, o atendimento das necessidades de água e saneamento, as imunizações, a prevenção e o controle das endemias, etc. (CHAVES, 1982, p.37).

Diante desse quadro, esperava-se das Universidades a participação na pesquisa e no desenvolvimento de serviços de saúde, a criação de áreas de estudo e implementação de programas e treinamento de pesquisadores orientados e motivados para os programas de cuidados primários e a formação de profissionais generalistas, aptos a atuar nesses cuidados.

A partir do final dos anos de 1970, houve um agravamento da crise brasileira em decorrência da falência do modelo econômico do regime militar, sobretudo no que diz respeito ao descontrole inflacionário. A sociedade iniciou uma mobilização pelo fim da censura, pelo retorno da democracia e das eleições diretas.

³⁸ Fundo das Nações Unidas para a Infância.

O último presidente da ditadura foi o General João Figueiredo (1979-1985), a quem coube administrar o processo de redemocratização do país, que ocorreu de forma gradual e lenta. Seguiu-se um novo contexto, com o surgimento de novos partidos políticos, fim da censura, reestruturação dos sindicatos, etc. Os sucessivos planos para estabilização econômica fracassaram, resultando numa recessão econômica, com limitação de investimentos, cortes nas verbas públicas dos serviços sociais, inclusive na saúde. “O país reconquistou a democracia em meio a uma das mais graves crises econômicas e sociais de sua história” (BERTOLLI FILHO, 2000, p.60).

Diante desse quadro, as grandes conquistas e os avanços proporcionados pela tecnologia não se traduziram na melhoria da saúde da população, que ainda enfrentava hospitais em precário estado de funcionamento, carência de atendimento médico, precário sistema de saneamento e ineficaz educação sanitária. No Brasil, em 1983, apenas 64 em cada 100 domicílios estavam ligados à rede de abastecimento de água e somente 46 eram ligados à rede de esgoto ou possuíam fossas sépticas. Assim, o país sofria epidemias evitáveis, como cólera e dengue, e mantinha altos índices de pessoas atingidas por tuberculose, tracoma, doença de Chagas e doenças mentais.

Buscando integrar os serviços prestados pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social, que sofriam com a falta de verbas e com a corrupção, o governo federal realizou reformas para reorganizar de forma racional as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar as fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.

2.3.2. As políticas curriculares da década de 1980.

Na década de 80, o regime militar persistia, mas o contexto indicava que a transição política era inevitável, pois o sistema em declínio não encontrava mais sustentação.

Segundo Germano,

“o contexto da época, caracterizado pelo crescimento da mobilização da resistência contra a ditadura em ambos segmentos sociais: trabalhadores, jornalistas, advogados, setores da Igreja, (...), professores e mesmo por certas frações das classes dominantes, sinaliza claramente que as estratégias de hegemonia – a busca de legitimação, de consenso e de colaboração – postas em prática pelo regime militar estavam falhando” (1993, p.244).

A abolição da censura realizada pelo presidente João Figueiredo favoreceu a produção de uma literatura educacional crítica. Na área econômica, assistia-se a uma grave crise, com altos índices inflacionários e desmantelamento do setor industrial.

Com o aumento da pressão da sociedade civil, e não tendo mais o regime como obter o consenso e a legitimidade de que necessitava para sobreviver, Germano afirma que:

“o protesto contra o regime militar se irradiou por toda a sociedade, atingindo o ápice com a gigantesca campanha pelas eleições diretas para presidente em 1984, (...), em mais uma manobra “pelo alto”, instituiu a chamada Nova República, ao eleger no Congresso Eleitoral, Tancredo Neves e José Sarney (...)” (1993, p.96).

Com o adoecimento e morte do Presidente da República Tancredo Neves, o vice José Sarney assumiu a presidência com a promessa de retomada do desenvolvimento econômico. Mas o que realmente se assistiu foi ao “aprofundamento da crise econômica, inflação desenfreada, aumento da dívida externa, agravamento das desigualdades, recessão, desemprego, desvalorização dos salários, aumento da violência na cidade e no campo, deterioração dos serviços públicos, greves, corrupção, falta de credibilidade do governo, etc.” (MOREIRA, 1997, p.158).

Nesse cenário, aconteceu a reorganização da sociedade civil, promoção de debates sobre os principais problemas da educação brasileira, florescimento de uma literatura pedagógica crítica e o aumento da participação de renomados profissionais da educação nos espaços políticos.

O panorama educacional dos anos de 1980 pode ser assim caracterizado: busca de uma orientação mais autônoma e desvalorização dos modelos educacionais associados ao governo militar; restabelecimento da democracia no Brasil; aumento da preocupação quanto às questões curriculares, resultante da situação de fracasso e crise do sistema educacional brasileiro; aumento da organização de professores, especialistas e estudantes em associações e sindicatos; aumento considerável de publicações voltadas para o exame de questões da prática pedagógica; e a interação das tendências curriculares escolanovista e tecnicista com as teorias críticas e marxistas. Não foram mais realizados acordos de cooperação técnica ou de treinamento de especialistas entre o Brasil e os Estados Unidos na área educacional, havendo também uma redução do treinamento em universidades estrangeiras, que passou a realizar-se, predominantemente, em instituições européias. Porém, em relação aos aspectos dos procedimentos e técnicas fisioterapêuticos, esses anos podem ser caracterizados ainda por uma forte influência norte-americana nos modelos adotados no Brasil.

Pode-se dizer que a transferência de teorias curriculares estrangeiras para o Brasil até o início dos anos oitenta foi caracterizada por uma adaptação instrumental do pensamento americano. Num segundo momento, houve uma oscilação entre a rejeição da experiência americana e a sua adaptação crítica e de outras experiências, na busca de um desenvolvimento mais independente no campo do currículo.

A mudança no panorama educacional proporcionou a realização de debates sobre o papel das Universidades, que, nos últimos vinte anos, haviam legitimado a tecnoburocracia, reforçando o ensino técnico profissionalizante, ao mesmo tempo que esvaziando as áreas de humanidades e seus respectivos cursos.

Contrapondo-se a esse modelo de pedagogia de cunho tecnocrático e a serviço da política do capitalismo, educadores passaram a priorizar as questões essenciais das funções da Universidade, no sentido de recriá-la em sintonia com um projeto maior de democratização do país.

Dentro dessa perspectiva, Marini afirma que as ciências humanas buscaram reconquistar o seu lugar no Ensino Superior, em cursos específicos ou pela inclusão de disciplinas humanas nos currículos de cursos de caráter profissionalizante (1988, p.134).

Em 1979, foi realizado em Campinas, São Paulo, o II Congresso Brasileiro de Profissionais de Ensino da Saúde, com o objetivo de discutir: a formação de professores da área de saúde, mais especificamente das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Ortopédica, Terapia Ocupacional, Saneamento Ambiental e Saneamento Básico; os currículos dos cursos dessas profissões; e a implantação da Associação Brasileira de Profissionais de Ensino de Saúde, a ABRAPES. O Congresso foi promovido pela Universidade de Fortaleza, Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu-MEC) e Fundação Kellogg.

2.3.3. O currículo mínimo de 1983.

No processo de profissionalização da categoria, vários acontecimentos importantes antecederam a aprovação do novo currículo mínimo. Após o reconhecimento da profissão de fisioterapeuta em 1969, sua regulamentação ocorreu em 1975, com a Lei 6.316/75, através da criação do Conselho Federal (COFFITO) e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOS).

Os membros do primeiro COFFITO e seus respectivos suplentes foram: Sônia Gusman e Ana Lúcia Rossi; Wladimiro Ribeiro de Oliveira e Luiz Aldo Souto Leal; Luciano Castelo Branco Rebouças e Paulo Roberto M. Padilha de Oliveira; Márcio Delano Cruz e

Michel Bedran Júnior; Dayse Dantas Oliveira e Júlio Carlos Pinto Ferreira; Laurentino Pantaleão Neto Costa e Alberto Galvão de Moura Filho; Veridiana Arb e Rosângela Gioia Marques; Abigail Ribeiro Barros e Sílvia Landau Remy; Hilda Burlamaqui e Inge Bordovsky. Esses profissionais, de diferentes regiões do país, garantiram a legitimidade e a representatividade do Conselho.

Em 13 de novembro de 1978, foi publicado, no Diário Oficial da União, o Código de Ética, contendo as normas para habilitação ao exercício profissional. O documento estabelecia os direitos e deveres do profissional, assegurando o controle da própria categoria.

Os fisioterapeutas organizados na ABF consideravam que o currículo mínimo de 1964 não correspondia às necessidades de formação profissional e não os classificava como profissionais de nível universitário, mas tecnólogos. Essa situação refletia-se na remuneração, principalmente a do setor vinculado ao funcionalismo público.

Segundo Mingoni (Anexo 6), membro da Associação Paulista de Fisioterapia, a partir de 1970 teve início uma preocupação mais oficial em relação aos currículos, pois, apesar do número reduzido de escolas, totalizando seis no país, não havia uniformidade na formação do profissional.

Criou-se um Fórum dentro da ABF, chamado Conselho Nacional de Representantes, composto por pessoas indicadas pelas estruturas acadêmicas, cujo objetivo era estudar e unificar os currículos dos cursos. Modelos curriculares adotados em diferentes países e também nas instituições brasileiras foram estudados a fim de construir uma referência.

Inicialmente, pensava-se em uma estrutura na qual o primeiro ano contivesse os fundamentos, como anatomia, histologia, fisiologia, biofísica, bioquímica; o segundo, as especialidades; e o terceiro, a prática.

Durante os anos de 1970 a 1974, anualmente, os membros do Conselho, cerca de vinte profissionais, eram convocados para se reunirem em São Paulo. Nesse processo, chegou-se à conclusão de que os cursos deveriam ter a duração de quatro anos, pois deveriam priorizar as disciplinas de Fisioterapia Aplicada, até então pouco discutidas nos modelos curriculares adotados.

Segundo Manso (anexo 7), dentre os membros do Conselho Nacional de Representantes, uma pessoa chave foi o fisioterapeuta Fernando Antônio dos Santos Villar, coordenador do Curso da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCC.

O professor Villar, posteriormente, foi nomeado coordenador do Conselho, em virtude de estar implantando, desde 1976/1977, um currículo com duração de quatro anos na PUCC, “que se tornou o modelo para a luta por uma melhor formação profissional. Estava em jogo

pela primeira vez um modelo de educação que refletia o produto que se queria conseguir: um profissional de saúde, apto a trabalhar nos três níveis de atenção à saúde, participando integralmente da equipe de saúde” (Anexo 8, p.305).

Outra preocupação era a formação de professores, já que se entendia que o profissional clínico não tinha a preparação necessária para exercer tal função. Essa preocupação, como visto no capítulo anterior, também estava presente entre os profissionais ingleses e americanos envolvidos com a educação.

Para propor o modelo curricular da PUCC, Villar relata que estudou vários modelos dos Estados Unidos; da Europa, Suécia e Inglaterra; e Israel. Após uma negociação do produto final com a Universidade e sua autorização, a PUCC passou a formar

“fisioterapeutas – profissionais de saúde capacitados a atender as necessidades de saúde da população em três níveis: prevenção, cura e reabilitação. O currículo tinha um conteúdo teórico, que diferenciava o profissional, e era seguido na prática tanto na prática de laboratório, quanto no estágio, desenvolvido em quase todos os hospitais de Campinas, clínicas e instituições da região. Pela primeira vez, um curso tinha 25 fisioterapeutas contratados em regime integral ou semi-integral para lecionar disciplinas específicas e supervisionar alunos em prática terapêutica. Pressão foi criada para a inclusão do programa no Hospital universitário e para integração do corpo docente nos quadros profissionais da área de saúde” (Anexo 8, p.300).

Após o encaminhamento da proposta ao MEC, sucederam-se os esforços a partir de reuniões realizadas em Brasília, junto ao relator do processo no Conselho Federal de Educação. Coube ao MEC distribuir e dar proporcionalidade às disciplinas sugeridas pela ABF (Anexo 12, p.329).

Segundo Villar, a oposição por parte da Fisiatria ao processo de reformulação dos currículos mínimos dos cursos de Fisioterapia foi enorme: pois nessa época, 1981/1982, o COFFITO era o órgão representativo máximo da Fisioterapia e Terapia Ocupacional no Brasil, a categoria já tinha uma maior representatividade e, efetivamente, representava uma ameaça à hegemonia da classe médica.

Quanto aos modelos estrangeiros que nortearam a elaboração do currículo brasileiro, Villar (anexo 8) afirma que foram adotados o modelo americano de formação profissional em nível universitário; e o modelo sueco, que primava pela autonomia profissional e aspectos de formação humanística e terapêutica adotados em países da Europa, como França, Inglaterra, Alemanha e Holanda, e que serviram de base para a formulação da parte acadêmica, prática e clínica.

Um documento elaborado pela Comissão de Ensino do Conselho Permanente de Representantes da A.B.F. em novembro de 1978, contendo estudos para alteração do Currículo Mínimo para os cursos de graduação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, propunha uma carga horária de 209 créditos³⁹, sendo 1/3 para o ensino teórico e 2/3 para o ensino especial prático, com o estágio supervisionado no último período.

Esta proposta inicial incluía as disciplinas subdivididas em seis grupos com seus respectivos créditos:

Grupo I: Anatomia Humana (12)

Histologia e Embriologia (4)

Bioquímica (3)

Biofísica (2)

Estudos dos Problemas Brasileiros e

Educação Física, de acordo com a legislação vigente

Grupo II: Fundamentos de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional (3)

Antropologia (3)

Sociologia (2)

Psicologia (12)

Introdução à Saúde Pública (4)

Estudos dos Problemas Brasileiros e

Educação Física, de acordo com a legislação vigente

Grupo III: Fisiologia (10)

Patologia Geral (4)

Cinesiologia (10)

Fisioterapia Geral ou Terapia Ocupacional Geral (12)

Educação Física, de acordo com a legislação vigente

Grupo IV: Parasitologia, Microbiologia, Imunologia (4)

Administração Aplicada à Fisioterapia ou Terapia Ocupacional (2)

Cinesioterapia (8)

Deontologia e Ética Profissional (3)

Educação Física de acordo com a legislação vigente

Grupo V: Medicina Clínica e Cirúrgica (22)

³⁹ Cada crédito equivalente a 15 horas aula.

Fisioterapia Aplicada ou Terapia Ocupacional Aplicada (30)

Grupo VI: Próteses e Órteses (4)

Estágio Supervisionado (50).

A *WCPT* publicou, em 1982, um manual com os princípios e guia para iniciar o aprendizado de fisioterapeutas, com o objetivo de auxiliar os Ministros da Saúde e Educação, Universidades, médicos e agências governamentais e não governamentais no desenvolvimento de um programa educacional para fisioterapeutas, considerando que a estes profissionais competiam a prevenção da incapacidade e a reabilitação do doente e do incapacitado físico ou mental, além da atuação na medicina preventiva e na pesquisa clínica.

No documento, a Confederação Mundial recomendava que os cursos tivessem a duração mínima de três anos, “tempo necessário para que os estudantes possam ser formados adequadamente em todos os aspectos da Fisioterapia e providos com a prática supervisionada necessária para executar o tratamento de pacientes de forma segura e competente”. Propunha uma carga horária mínima de 3.150 horas distribuídas nas seguintes disciplinas: Ciências Básicas: Anatomia e Fisiologia; Ciências Clínicas: Patologia, Disfunções Respiratórias, Disfunções Músculo-Esqueléticas, Disfunções Neurológicas, Queimados, Disfunções Cardíacas e Vascular Periféricas, Ginecologia e Obstetrícia; Disfunções Psiquiátricas e Outras Disfunções; Fisioterapia: Procedimentos de Avaliação, Exercícios Terapêuticos e Treinamento Funcional, Massagem e Manipulação, Eletroterapia e Outros Agentes Físicos, Administração e Ética, Pesquisa Clínica; Educação Clínica (prática supervisionada).⁴⁰

O projeto final elaborado pelo COFFITO, em colaboração com a ABF e Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil, encaminhado ao Conselho Federal de Educação, propunha o agrupamento das disciplinas em quatro ciclos, como consta no Parecer nº 622/82 (Anexo 12, p.329).

A Resolução nº 4 de 28 de fevereiro de 1983, decretada pelo Presidente do Conselho Federal de Educação, veio finalmente regulamentar o novo currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, assim como sua duração, ampliada para quatro anos. O novo modelo curricular acatou integralmente a propostas das entidades representativas da categoria.

Este documento apresenta:

⁴⁰ No documento, constam todas as ementas e respectivos conteúdos programáticos.

- “Artigo 1º - O currículo mínimo dos Cursos de Fisioterapia dividido em quatro ciclos, a saber:
- I. Ciclo de Matérias Biológicas
 - II. Ciclo de Matérias de Formação Geral
 - III. Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes
 - IV. Ciclo de Matérias Profissionalizantes.

Parágrafo único: com pequenas complementações os ciclos I e II poderão ser usados como tronco comum para ambas profissões.

Artigo 2º - O ciclo de Matérias Biológicas consta de:

- a) Biologia;
- b) Ciências Morfológicas, compreendendo Anatomia Humana e Histologia;
- c) Ciências Fisiológicas, compreendendo Bioquímica, Fisiologia e Biofísica;
- d) Patologia, compreendendo patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas.

Artigo 3º - O ciclo de Matérias de Formação Geral consta de:

- a) Ciências do Comportamento, compreendendo Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia;
- b) Introdução à Saúde Humana, compreendendo Saúde Pública;
- c) Metodologia de Pesquisa Científica, incluindo Estatística.

Artigo 4º - O Ciclo de Matérias Pré-Profissionalizantes para a Formação do fisioterapeuta consta de:

- a) Fundamentos de Fisioterapia, compreendendo História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia;
- b) Avaliação Funcional, compreendendo Cinesiologia, Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia;
- c) Fisioterapia Geral, compreendendo Exercício Terapêutico e Reeducação Funcional;
- d) Recursos Terapêuticos Manuais, compreendendo Massoterapia e Manipulação.

Artigo 5º - O Ciclo de Matérias Profissionalizantes para a formação do fisioterapeuta consta de:

- a) Fisioterapia aplicada às condições neuro-músculo-esqueléticas, compreendendo Fisioterapia aplicada à Ortopedia e Traumatologia, à Neurologia e à Reumatologia;
- b) Fisioterapia aplicada às condições cárdio-pulmonares, compreendendo Fisioterapia aplicada à Cardiologia e à Pneumologia;
- c) Fisioterapia aplicada às condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas, compreendendo Fisioterapia aplicada à Ginecologia e à Obstetrícia e Fisioterapia aplicada à Pediatria;
- d) Fisioterapia aplicada às condições sanitárias, compreendendo Fisioterapia Preventiva;
- e) Estágio Supervisionado, constando de Prática de Fisioterapia Supervisionada.”

O Artigo 9º determina que os cursos deverão perfazer um total de 3.240 horas, ministradas num período mínimo de quatro anos e num máximo de oito anos, e que os Ciclos I e II devem ocupar 20% da carga horária, enquanto os 80% restantes devem destinar-se às disciplinas voltadas à aprendizagem e à aplicação das técnicas fisioterapêuticas.

Na opinião de Rebelatto (1999), no documento, “as ênfases maiores são voltadas para a aprendizagem e a aplicação de métodos e técnicas. O problema não é a “aplicação de métodos e técnicas”. Isso também constitui uma aprendizagem importante na formação do profissional. A dificuldade é isso ser definidor desse tipo de profissional” (p.107)

Embora voltado para qualificação técnica, o conteúdo desse documento avança em relação ao anterior (Portaria Ministerial nº 511/64) ao incluir, no segundo ciclo, as disciplinas definidas como “ciências do comportamento”: Sociologia, Antropologia, Psicologia e Ética. Ainda que precariamente, pela primeira vez, buscou-se ampliar a formação do fisioterapeuta, embora esse grupo de disciplinas aparecesse agrupado em área específica e a prioridade ainda fosse as disciplinas técnicas.

Esse novo modelo curricular contemplava um tendência nacional de redemocratização das Universidades, contrapondo-se ao cunho tecnicista imposto durante o regime militar.

Quanto à concepção teoria e prática, o modelo mantém a visão associativa, justapondo as duas atividades, a primeira mantendo uma relação de autoridade sobre a segunda, pois o estágio supervisionado se realiza nos últimos períodos do curso, consolidando a idéia de que a prática é uma aplicação da teoria.

Segundo Mingrone (anexo 6), a inclusão das disciplinas de humanas buscava dar ao aluno uma visão mais ampla do destinatário da Fisioterapia e formar pensadores da Fisioterapia, não apenas reprodutores de técnicas, profissionais capazes de elaborar um diagnóstico e um prognóstico fisioterapêutico.

Mingrone afirma que o currículo aprovado pelo MEC seguiu as recomendações da ABF, mais precisamente do Conselho Nacional de Representantes, que, segundo ele, “evidente, (...) cometeu erros, equívocos, mas naquele momento tomou a melhor decisão (...). Mesmo porque a gente tinha uma formação deturpada das coisas, uma formação equivocada” (Anexo 6, p.255).

Manso, que em 1982 era presidente da ABF, afirma que houve um contato direto da entidade com o relator do processo que alterou o currículo mínimo, Dr Horácio Knese de Melo. Sua aprovação significou um dos momentos mais importantes para a categoria, pois, a partir de então, “a gente tinha como provar para as outras classes profissionais que a gente tinha uma formação melhor” (Anexo 7, p.285).

A divisão do currículo em ciclos, segundo Villar, teve por objetivo,

“evidenciar as duas etapas da formação: 1) básica: estrutura, função, disfunção, incluindo principalmente análise e entendimento do movimento e postura humanos, o que era o específico nesta etapa, bem como metodologia e arsenal terapêutico. Tudo teórico e prático. 2) Terapêutica: patofisiologia especial (cadeiras clínicas), intervenção terapêutica – incluindo avaliação e tratamento, estágio supervisionado em prática terapêutica. Também teórico e prático, com maior ênfase em solução de problemas e prática no período de estágio (1 ano)” (Anexo 8, p.301),

enquanto a divisão em áreas clínicas buscava evidenciar

“a complexidade da área, e principalmente para estabelecer definitivamente o profissional com capacidade de atender a diferentes níveis de atenção ao cliente. Era a base para a futura especialização. É importante salientar que tentava se impor um modelo da visão de fisioterapia a respeito das especialidades. A Fisioterapia era classificada para disfunções músculo-esqueléticas, neuromusculares, cardiorespiratorias e pediátricas, salientando as grandes correntes/especializações da área” (Idem).

Além da introdução das disciplinas de formação geral, outro avanço relacionava-se à atuação preventiva do fisioterapeuta, através da inclusão da disciplina Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias. Pela primeira vez, buscava-se ampliar o nível de atuação profissional, historicamente vinculado à reabilitação, assim como satisfazer às necessidades mercadológicas, ampliando as áreas de atuação e contemplando uma nova visão da saúde na assistência primária.

Após a aprovação dos currículos mínimos de 1983, Villar afirma que “a CAPES organizou em Campinas, sob a coordenação da Professora Eda Coutinho Machado, uma reunião com os coordenadores dos cursos de Fisio e TO do Brasil (...) Pela primeira vez, um órgão governamental ofereceu a possibilidade de pós-graduação para profissionais de Fisio e TO” (Anexo 8, p.306).

O modelo curricular aprovado em 1983 passou a normatizar os vinte e três cursos existentes na época e os novos até 2001, quando, em 7 de dezembro, foi homologado pelo senhor Ministro da Educação as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

Segundo dados fornecidos pelo COFFITO, estima-se que, até janeiro de 2002, havia cerca de 200 cursos de Fisioterapia em funcionamento no Brasil, e 49 mil profissionais inscritos regularmente no referido Conselho.

3. O FISIOTERAPEUTA E A CONSTRUÇÃO DA SUA IDENTIDADE PROFISSIONAL

“A identidade profissional construída em interação com o universo de trabalho, modelada pelas suas regras e pelas representações que o estruturam, mantém um núcleo genético central que o mundo da vida contribui para enriquecer e afeiçoar”.

Antônio Nóvoa

Este capítulo pretende focar o papel do currículo e dos cursos de formação na construção e no fortalecimento da identidade profissional dos fisioterapeutas a partir de um referencial teórico assentado em dois autores: Carrolo (1997), que discute o processo de construção da identidade, e Enguita (1991), que trabalha com as categorias características de uma profissão; e também de depoimentos de nove fisioterapeutas, que participaram ativamente no processo de construção da identidade profissional da categoria. Os referidos depoimentos se encontram em anexos.

Como discutido nos capítulos anteriores, as “profissionais” que, no final do século XIX, buscaram sistematizar as atividades relacionadas ao uso dos recursos físicos ou naturais na assistência à saúde, podem ser consideradas as precursoras dos fisioterapeutas.

Denominadas de “massagistas” na Inglaterra, e de “auxiliares da reconstrução” nos Estados Unidos, suas competências limitavam-se à execução de técnicas sob a supervisão e orientação de profissionais de outras áreas. No Brasil, é provável que práticas similares fossem adotadas, uma vez que o Parecer 388/63 considera o fisioterapeuta um auxiliar do médico (Anexo 10).

Atualmente, o fisioterapeuta é considerado um profissional de nível superior, cuja atividade destina-se à assistência da saúde da população. De acordo com a RESOLUÇÃO COFFITO-80⁴¹, compete ao fisioterapeuta,

“elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico funcional,...; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional, as técnicas próprias da Fisioterapia,...; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia,...” (BRASIL, 1997).

⁴¹ COFFITO- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, D.O.U. nº 093 – de 21/05/87, Seção I, p. 7609.

Analisando os dois momentos - o primeiro (fisioterapeuta como auxiliar médico) caracterizado pela submissão e o segundo (fisioterapeuta como profissional de nível superior), pela autonomia - e associando-os à evolução histórica da sua formação, discutida no capítulo anterior, constata-se que os profissionais foram ao encontro de sua identidade enquanto categoria, buscando atingir a profissionalização.

O termo “profissionalização” é considerado como a “expressão de uma posição social e ocupacional, da inserção em um tipo determinado de relações sociais de produção e de processo de trabalho” (ENGUITA, 1991, p.41).

Para analisar o processo de profissionalização dos fisioterapeutas, recorra-se às cinco categorias utilizadas por Enguita (1991) para marcar a identidade do docente como profissional: competência, vocação, licença, independência e auto-regulação.

3.1. Em Busca da Identidade.

De acordo com Carrolo (1997), o mundo contemporâneo vive uma crise e essa nova realidade social tem elevado o número de investigações sobre o conteúdo e os mecanismos de construção da identidade nas suas diversas acepções.

Para o autor, as mudanças rápidas e amplas vivenciadas pelas sociedades contemporâneas trazem consigo não apenas um sentimento de inadequação ou mal-estar, mas principalmente “um comportamento novo, extensivo a novas e velhas profissões, a grupos sociais, a regiões e a etnias” (CARROLO, 1997, p.23).

Carrolo (1997) afirma que a pesquisa em torno das ciências humanas revela que não é fácil encontrar uma definição concensual de identidade, assim como de sua operacionalização. Considerando que identidade e socialização são conceitos a redescobrir e a reabilitar o indivíduo numa perspectiva multidimensional, ultrapassando as limitações conceituais que advêm de cada ciência, o autor buscou conceitos da Antropologia Psicanalítica, da Psicossociologia e da Sociologia, com a convicção de obter uma abordagem satisfatória do processo de construção da identidade.

Baseado em Habermas, entende que a formação do indivíduo é um processo permanente de interação comunicativa, que se pode modificar em cada fase e em cada nível da sua evolução. A individuação só pode ser construída através da socialização e, por isso, é assim denominada. As dimensões da socialização são diversas e a dimensão profissional adquiriu uma importância tão grande no mundo contemporâneo que se tornou um atributo estruturante da identidade social do indivíduo.

A identidade, para Carrolo (1997), é multidimensional e não deve ser enquadrada nos limites de um único conceito. Sofre modificações, assim como os indivíduos e as sociedades, e, portanto, os modelos dogmáticos não satisfazem os anseios vivenciados, sendo necessário buscar um novo paradigma que redirecione o homem na sua identidade.

O autor compreende que a construção da identidade profissional depende de três componentes básicos: o **dispositivo de formação**, o **processo identitário biográfico** e o **processo relacional**. Utiliza-se dos conceitos de Habermas, da *Teoria do Agir Comunicacional*, que denomina esses componentes de **mundo objetivo**, **mundo subjetivo** e **mundo social**, respectivamente.

O mundo objetivo é aquele em que as representações do processo de socialização se dão na esfera do trabalho; o agir instrumental, as regras técnicas fundamentam a representação e a identidade é reivindicada. O percurso biográfico, “o que penso sobre”, as representações pessoais, constituem a representação do mundo subjetivo; os símbolos, a linguagem, os esquemas cognitivos evidenciam este mundo. Já no mundo social, as representações são construídas pela dinâmica social, através “do que pensam sobre mim”.

O autor considera que a esfera objetiva é a matriz para o processo de formação. Ela desperta o sentimento de pertença e de referência ao grupo profissional. Essa dimensão envolve tanto a formação teórica, quanto a prática.

Na esfera subjetiva, a aquisição da identidade para si constitui a face do processo de identificação profissional que inicia a luta pelo reconhecimento e diz respeito ao estudo das representações e percepções individuais dos formandos acerca da vivência e implicação pessoal no trajeto sócio-profissional.

Na esfera social, o reconhecimento da identidade pelos outros implica, dentre outros, o papel e as funções dos formadores no contexto do sistema de ação e de formação profissional, uma vez que são portadores de um poder institucional.

Embora Habermas defenda a autonomia irreduzível dos três mecanismos da socialização, para Carrolo (1997) a identidade profissional só ocorre através do agir comunicacional, que se distingue do agir instrumental, na medida em que não visa apenas finalidades técnicas ou organizativas, mas estrutura a interação entre os indivíduos numa relação global e completa.

O caminho percorrido pelos fisioterapeutas, enquanto categoria, na busca da identidade profissional, reflete uma contraposição às suas condições iniciais, como: a precariedade dos cursos; a ausência de reconhecimento social de sua função; a deficiente percepção por parte dos próprios profissionais do que era a profissão, levando a

questionamentos sobre o sentido do que se faz e do modo como os outros entendem e reconhecem a sua ação.

Debater sobre a identidade do fisioterapeuta implica enfrentar sérios problemas quanto a essa questão, já que, historicamente, a sua formação vem privilegiando o aspecto técnico e negligenciando a dimensão reflexiva, vital para o desenvolvimento da identidade profissional.

3.2. Técnico ou Profissional? Eis a questão.

Segundo Machado (1991), a área da sociologia das profissões tem estimulado debates em torno de uma situação polêmica: o que diferencia uma profissão de uma semiprofissão?

Na sociologia, uma profissão é definida como tal quando mantém um corpo específico de conhecimento para atuar em uma realidade social e organizada.

Vários autores citados por Machado (1991) têm discutido o assunto, enfocando pontos de vista relevantes para analisar criticamente essa situação.

1- *Turner y Hodge*, afirmam que,

“nas sociedades complexas e pós industriais, quatro principais áreas de análises oferecem critérios para o início de uma exploração dos problemas gerais, ligados aos estudo das profissões: a- grau de profundidade da teoria e da técnica; b- grau de monopólio; c- grau de reconhecimento externo e , d- grau de organização” (apud MACHADO, 1991, p.28-9).

2- *Wilensky* considera que, para uma atividade ser considerada uma “profissão”, deve atingir as cinco etapas do processo de profissionalização, que são as seguintes:

- a) o trabalho se converte em uma ocupação de tempo integral. Isso ocorre devido à necessidade social e/ou ao surgimento ou ampliação do mercado de trabalho;
- b) se criam escolas dedicadas à formação de novos profissionais, e se cria, dessa maneira, um corpo de conhecimentos específicos da matéria;
- c) se constitui uma associação profissional. Nesse momento se definem os perfis profissionais que dão a esse grupo uma identidade;
- d) a profissão é regulamentada, definindo o território profissional e assegurando o monopólio de competência, não somente do saber, mas sobretudo da prática profissional;

- e) se adota um código de ética. Encerrando o processo se estabelecem normas e regras para atuar na área profissional. Com isso, estarão fora do mercado os desqualificados, preservando assim os “profissionais verdadeiros”.

3- *Marinho* defende que, na definição de ser ou não ser uma profissão, os fatores político-institucionais, o consenso social, a prática e o desempenho profissional têm um peso muito maior do que os critérios científicos ou não científicos, embora reconheça a importância histórica do caráter de cientificidade conferido pela academia e pela sociedade a certas profissões, o que lhes propicia prestígio, “status” e poder frente às demais, principalmente pensando-se nos modelos das sociedades ocidentais.

4- *Moore* considera que uma profissão se define por um conjunto de dimensões estruturais e de atitudes, como:

- a) ser uma ocupação de tempo integral;
- b) caracterizar-se pela presença de profissionais que se destacam pela “vocação”, ou seja, aceitam as normas e modelos apropriados e se identificam com os seus colegas;
- c) possuir uma organiza o, ou seja, os profissionais se organizam a partir de uma identifica o mútua de interesses organizacionais distintos, levando em conta o controle sobre o acesso, a sele o, a proje o e a regula o dos participantes, adotando um código de  tica que formaliza as suas normas e condutas;
- d) possuir um corpo de conhecimento formal, definido através da iniciativa teórica das universidades nas sociedades modernas;
- e) possuir orienta o para o serviço, ou seja, destinar-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade;
- f) possuir autonomia, detectando uma presença forte de corporativismo.

Embora existam discordâncias entre os critérios que diferenciam as profissões das não profissões, Klegon, citado por Machado (1991), considera que o ponto mais crítico do enfoque taxion mico   a dificuldade de aplicar a lista de critérios (abstratos e teóricos) a situa es concretas.

Enguita (1991) considera grupo profissional ou profissional liberal uma categoria auto-regulada de pessoas, cujo trabalho   voltado diretamente para o mercado, numa situa o monopolista, com exclusividade na oferta de um tipo de bens ou serviços e protegida por lei. Esse grupo de trabalhadores   plenamente aut nomo no seu processo de trabalho, não estando sujeito ao poder público, e com pleno controle na inser o de novos membros. A grande força

corporativa do grupo garante privilégios relativos à renda, ao prestígio e ao poder. Os médicos, advogados e arquitetos são grupos que compõem essa categoria.

Em situação oposta, encontra-se a classe operária, ou o grupo de trabalhadores que não goza de prestígio, poder, renda ou autonomia, ao qual o autor denomina proletário. O trabalhador dessa categoria é uma pessoa que se vê obrigada a vender sua força e capacidade de trabalho, não o resultado de seu trabalho.

Um proletário é um trabalhador que produz mais do que recebe, produz um excedente, ou mais-valia. Para assegurar que isso ocorra, o empregador busca controlar e organizar o processo de trabalho.

No processo de proletarização, o grupo de trabalhadores perde o controle sobre seus meios de produção, assim como é impedido de controlar o objeto e o processo de seu trabalho. São característicos dessa categoria os operários industriais de uma linha de montagem, assim como trabalhadores dos setores terciários e quaternários.

Aos trabalhadores que possuem tais características pode-se aplicar também a denominação de técnicos, termo mais comumente utilizado nas sociedades contemporâneas.

Enguita (1991) considera ainda a existência de um terceiro grupo, de semiprofissões. Essas são constituídas por grupos assalariados, que freqüentemente encontram-se vinculados às burocracias estatais e apresentam nível de formação semelhante aos profissionais. Os grupos que são submissos aos empregadores caracterizam-se por lutar para manter ou ampliar sua autonomia no processo de trabalho e suas vantagens relativas quanto à distribuição de renda, ao poder e ao prestígio.

Afirma que o estatuto de uma categoria ocupacional nunca é definitivo. Se hoje alguns grupos são considerados profissionais, é porque puderam defender uma posição tradicional, enquanto outros são recentes. Os grupos mais proletarizados geralmente tiveram sua origem em categorias profissionais, mas não puderam manter seus privilégios. Segundo o autor, o mecanismo que faz com que um grupo profissional ascenda ou decaia não é propriamente a natureza dos bens ou serviços que oferece, nem a maior ou menor complexidade do processo global de sua produção, mas

“a possibilidade de decompor esse último através da divisão do trabalho e da mecanização – que está, sim, determinada em parte por sua natureza intrínseca, a do processo, o afã das empresas capitalistas ou públicas por fazê-lo – que depende da amplitude de seu mercado real ou potencial – e a força relativa destas e daquele, isto é, de empregadores e empregados reais ou potenciais” (ENGUITA, 1991, p.43).

O que os estatutos definem em seus critérios são as características idealizadas da identidade do profissional.

A evolução dos profissionais da saúde relaciona-se com as modificações histórico-sociais ocorridas nas sociedades, que têm afetado de maneira decisiva o seu campo de ação e a sua definição. Essas mudanças permitiram a ascensão de diversas profissões da saúde num mercado de trabalho que historicamente pertencia à profissão médica.

A profissão médica, considerada típica e nobre, definida no seu conceito sociológico como⁴² “monopólio de uma área específica de atividade, a partir de uma ampla formação intelectual, adesão de todos os membros da profissão ao sistema de valores, autonomia de trabalho, entre outros”, teve uma participação importante, embora conflituosa, no processo de construção da identidade dos fisioterapeutas (MACHADO, 1991, p.32).

Na opinião de Machado (1991), embora a categoria médica tenha gradualmente perdido sua autonomia profissional, tenha enfrentado deteriorização das suas condições com o assalariamento e a nova divisão do processo de trabalho, ainda mantém um alto grau de controle no seu processo, tanto no nível de definição das políticas de saúde como de sua implementação, participando, inclusive, da esfera pública oficial, fato que ocorre desde o Brasil Colonial.

A caracterização da categoria composta pelos fisioterapeutas neste capítulo será realizada tomando por base as cinco categorias definidas e utilizadas por Enguita (1991) para caracterizar uma profissão: **competência, vocação, licença, independência e autorregulação**. A partir dos significados atribuídos a cada categoria, será possível compreender o processo de construção da identidade relacionado às especificidades do contexto em que está situada.

3.3. Competência: o saber próprio da categoria.

Enguita (1991) define **competência** como uma categoria que diz respeito à identidade política e técnica do profissional, resultante de uma formação específica, geralmente de nível universitário. O “saber” é considerado componente próprio da categoria - somente um profissional pode julgar outro de sua própria área, e somente a profissão pode controlar a entrada de novos membros, “já que só ela pode garantir e avaliar sua formação”.

⁴² Tradução livre.

Nesse início de século, vários estudos têm sido realizados acerca dos saberes e competências profissionais.

Para Libâneo (2001), saberes são considerados os conhecimentos teóricos e práticos requeridos para o exercício profissional; e competências, as qualidades, capacidades, habilidades e atitudes relacionadas a esses conhecimentos teóricos e práticos e que permitem a um profissional exercer adequadamente sua profissão.

Terezinha Rios associa o termo competência “à qualidade do trabalho, na qual se reúnem as dimensões técnica, política, ética e estética”. Envolve, portanto, uma pluralidade de propriedades, um conjunto de qualidades positivas fundadas no bem comum, na realização dos direitos do coletivo de uma sociedade (apud LIBÂNEO, 2001, p.70).

Perrenoud (2000) considera que os saberes estão contidos no termo “competências”. Para o autor, a competência profissional constitui uma capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar situações determinadas, capacidade que não deve ser confundida com objetivos comportamentais, comportamentos rotineiros e repetitivos, condutas e práticas observáveis, características do tecnicismo educacional. As competências vinculam-se não só a conhecimentos como também a uma atividade cognitiva, que se torna um elemento necessário à sua definição.

Mais importante do que possuir a competência, a profissão deve tê-la reconhecida pela sociedade, o que Carrolo (1997) considera como componente do mundo social na construção da identidade profissional. Quanto mais próprias forem as linguagens e os termos técnicos, mais se distanciam do popular e do senso comum, facilitando a obtenção do reconhecimento social da categoria.

Dentre as cinco categorias analisadas por Enguita (1991), a competência é a que está mais relacionada com o processo educativo e curricular da categoria dos fisioterapeutas.

3.3.1. Identidade política e técnica.

Como anteriormente discutido, os primeiros serviços de Fisioterapia instalados no Brasil eram administrados por médicos e enfermeiras. Competia aos “leigos treinados” ou “fisioterapeutas” a execução das técnicas e manuseio dos equipamentos, caracterizando uma categoria carente de identidade profissional nos seus três componentes descritos por Carrolo (1997): mundo objetivo, mundo subjetivo e mundo social.

Para Define, não havia uma definição do papel do “fisioterapeuta”, “era alguém que trabalhava com os pacientes internados, não era médico e não era da enfermagem. Quem era? Parece que começamos aí a nossa luta” (Anexo 1, p.168).

O Curso Raphael de Barros, o primeiro curso brasileiro voltado para a formação de “técnicos operadores de Fisioterapia”, iniciado na década de 1950, manteve-se sob total controle por parte dos médicos. Como discutido no capítulo anterior, esses profissionais administravam os serviços que serviam de campo de treinamento; ministravam as aulas; e aplicavam as avaliações. Competiam aos médicos o julgamento e o controle da entrada de novos profissionais.

Posteriormente, com as implementações do Curso de Aperfeiçoamento oferecido pela OMS e dos cursos oferecidos pelo INAR, iniciou-se, ainda que de forma embrionária, a busca pela competência. Segundo Define, “já se vislumbrava, para a formação do fisioterapeuta (o nome ainda não era este), o curso de formação universitária. Pelo menos os candidatos deveriam ter formação básica completa, isto é, curso “colegial”, como era antigamente” (Anexo 1, p.169).

A fisioterapeuta Karin Lundborg, de formação européia, possibilitou aos profissionais que trabalhavam no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo visualizar novas modalidades de formação e também desenvolver uma conscientização política a respeito da Fisioterapia.

Os cursos com duração de dois anos não eram exclusivamente ministrados por médicos, passando a contar com “fisioterapeutas”. Os conteúdos, embora voltados para a prática, possibilitavam também conhecimentos teóricos, que passaram a ser reivindicados pelos alunos, como relata Silva:

“eu era aluna quando teve o problema que nos disseram que nós não tínhamos a disciplina de neurologia teórica. Então, nós combinamos o seguinte: “tudo bem, não vai dar a disciplina, então também nós não vamos dar assistência no estágio”, porque eles dependiam de nós para tocar o serviço. Então nós fizemos o seguinte: nós fomos todos de branco, uniformizados certinho, sentamos no saguão do Hospital das Clínicas e ficamos lendo jornal. Aí o Diretor foi nos procurar e perguntar o porquê. Aí, eu era presidente do Centro Acadêmico e disse para ele: “não, nós não vamos assumir estágio, nós queremos as aulas teóricas. Como é que nós vamos assumir o estágio sem ter conhecimento?” Aí ele falou que não, que no dia seguinte teria aula, e nós tivemos aula com os melhores professores em neurologia que tinha lá. Foi o Dr. Abrão” (Anexo 3, p.198).

Era evidente entre os alunos que a competência almejada pela categoria, necessária para torná-los profissionais, relacionava-se diretamente à elaboração de um corpo de saberes e de técnicas. A luta segundo Silva era para

“ter outras disciplinas e para ter um conhecimento maior, e nós sabíamos que nós só conseguiríamos isso com um maior conhecimento. A importância, naquele momento, pelo menos naquela época, era a garantia da parte teórica.... Era o que iria nos diferenciar, você aplicar e saber o porquê está aplicando, fazer e saber o porquê estava fazendo” (Anexo 3, p.199).

Relatos de Gusman, aluna do curso da USP entre 1965 e 1967, e de Pio, aluno da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro entre 1966 e 1968, afirmam que alguns médicos não sabiam que conteúdos deveriam ministrar aos alunos de Fisioterapia, indicando a inexistência de um saber próprio da categoria.

“No primeiro ano ... os nossos professores de Anatomia, Fisiologia foram bárbaros, e foi muito bom. Os outros não. Quando começou a ter matérias mais específicas, como eletroterapia ..., aí a gente via que nem eles sabiam o que dar para a gente. Então eles (os médicos) inventavam..., não tinha matéria, aí chegava e dava pra a gente 40 minutos de aula, achavam suficiente, já iam embora. E a gente pressionava” (Anexo 4, p.213).

“As aulas eram dadas: 80% médicos, 20% fisioterapeutas já formados em turmas anteriores. E os médicos boicotavam demais a Fisioterapia. Tudo que a gente perguntasse para eles que não estivesse dentro do conteúdo programático, eles diziam: “não interessa para vocês”, e isso, óbvio, me deixava altamente irritado. Tanto que eu fui suspenso umas quatro vezes, quase na eminência de ser expulso, porque eu era pessoa não grata, porque eu perguntava e eles não diziam, e eu dizia: “eu pago para o senhor me dizer”, e aí criava um impasse, um atrito. E aí eu tomei uma nova estratégia de não perguntar mais nada. Eu só perguntava para eles: “o que que o senhor vai dar na semana que vem?”, e eu chegava lá sabendo mais que ele” (Anexo 5, p.236).

Tais depoimentos confirmam o despreparo e o descompromisso dos professores para exercerem suas funções como docentes dos cursos de Fisioterapia, e a ausência de um programa disciplinar coerente e adequado à formação de um profissional competente, uma vez que grande parte dos professores desconhecia as funções dos fisioterapeutas.

Considerações semelhantes foram feitas por Mingrone, aluno do curso da USP entre 1968 e 1970, período em que a profissão foi reconhecida oficialmente:

“... a gente tinha uma formação deturpada das coisas, uma formação equivocada, que ... Por exemplo, eu me lembro das minhas aulas: chegava um ortopedista para dar aula de ortopedia:

“Bom eu não sei o que vocês precisam saber. Os cursos anões, não sei se vocês precisam saber isso. O que vocês querem saber?” Quer dizer, não havia um ementário, não havia um programa. Era tipo assim: “ Olha, tal dia você precisa dar uma aula de ortopedia para os alunos... olha vai lá, fala qualquer coisa.” Então, eles vinham e falavam qualquer coisa. E a gente tinha alguma dificuldade, às vezes para entender e juntar tudo isso. Como a gente tinha as coisas isoladas, a gente não conseguia juntar” (Anexo 6, p.255).

Ao se referir aos “cursos anões”, Mingrone reafirma a discussão do capítulo anterior que se refere aos cursos aligeirados, com objetivos de inserir no mercado de trabalho um profissional num menor tempo possível, racionalizando o papel das escolas inseridas num currículo de caráter tecnicista. Os “cursos anões” não garantiam uma formação global do homem, mas uma formação técnica, que conferiam um certificado sem qualificação.

Essa situação gerou mal-estar entre os primeiros profissionais, o que os estimulou a buscar estratégias de mudanças, como se vê nas declarações de Pio e Mingroni, respectivamente:

“__ Olha, na realidade, esses primeiros profissionais que foram formados foram forjados. Eles foram até um certo tempo deturpados. Porque eles recebiam aquela informação daqueles professores médicos: “Isso não interessa pra você, é uma profissão subalterna, é uma profissão em que você é um técnico”, não é verdade? “Você não tem o direito de ser chamado de Doutor. Apesar de você estar num curso de nível superior, você é apenas um auxiliar médico” - discurso que deformava tudo isso.

Alguns colegas nossos aceitaram e incorporaram esse discurso e são subalternos até hoje. Outros, como eu, jamais engoli isso. Que conversa é essa? Eu sempre me baseava no dentista. “Se o dentista hoje é odontólogo, ele se profissionaliza, ele é auto-suficiente, ele se auto-provê, ele opera, ele anestesia, ele sutura, ele medica, nós vamos chegar lá. Que conversa fiada é essa. Nós temos que botar esses médicos pra fora. Mas como botar esses médicos pra fora, se nós não sabemos anatomia, nós não sabemos fisiologia? Nós não sabemos, mas nós vamos ter que saber”.

E aí começamos a correr, cada um pro seu lado, de uma forma bem organizada. Instintivamente, cada um começou a pegar o seu mercado, a pegar o seu quinhão, a pegar o seu lugar dentro da docência” (Anexo 5, p.240).

“__ A gente tinha vergonha, a gente morria de vergonha das aulas, de como a gente era tratado, da nossa relação com as outras pessoas.

O bom é que muito gente acreditou, ficou insatisfeito e mudou. “Eu quero ser bem tratado, então para eu ser bem tratado tenho que estudar”. Ninguém nos ensinava nada. Nas aulas nós éramos tratados como limitrofes, que não podiam ser educados, deveriam ser treinados. Nosso QI era apenas para ser treinado” (Anexo 6, p.262).

Essas considerações evidenciam que o modelo curricular adotado consistia numa agregação de disciplinas sem correlação com a prática profissional.

Essas situações, que consideravam o fisioterapeuta subalterno, submisso, destituído de conhecimento próprio e aprofundado, despertaram inquietações relacionadas aos currículos,

aos docentes e às coordenações dos cursos. Embora houvesse apenas seis cursos de Fisioterapia no país, não havia uniformidade administrativa entre eles, que eram, na grande maioria, coordenados por médicos.

Por meio dos depoimentos, verifica-se que as insatisfações vivenciadas pelos fisioterapeutas estimularam a resistência ao poder instituído e as mudanças que transformassem o Curso de Fisioterapia em curso de nível superior.

O movimento associativo dos fisioterapeutas concretizado através da ABF, que constituiu uma etapa decisiva do processo de profissionalização da categoria, correspondeu à conscientização dos seus interesses como grupo profissional. Foi um movimento importante na medida em que associações pressupõem a existência de um trabalho prévio de constituição de profissionais em um corpo solidário e elaboração de uma mentalidade comum. Com o engajamento dos fisioterapeutas e acadêmicos em discussões e debates acerca da qualidade dos cursos oferecidos, passaram a escrever a sua história, participando das resoluções dos seus problemas.

A mobilização desses profissionais pode ser considerada um movimento social, caracterizado por ser uma ação grupal, com objetivos comuns (de transformação do contexto de opressão), regida por princípios valorativos (de valorizar a profissão) e com organização diretiva. Os movimentos sociais nascem, na maioria das vezes, na sociedade civil, em condições de clandestinidade, e afloram nos momentos iniciais de abertura política, revelando-se sob as formas de associações, sindicatos e outras modalidades associativas ou corporativas.

Segundo Brzezinski (2000), estudos sobre a origem, a natureza e o papel dos movimentos sociais nas sociedades capitalistas da América Latina apontam que eles constituem-se de forma mais vigorosa quando a sociedade civil é dominada por regimes autoritários, como o que se impôs no Brasil em 1964 pela ditadura militar, discutido no capítulo anterior.

Na década de 1970, foi criado o Conselho Nacional de Representantes, composto por vinte fisioterapeutas representantes das Universidades e da ABF.⁴³ As reuniões realizadas entre seus membros possibilitaram o desenvolvimento de uma identidade política e técnica, traduzida em proposta curricular elaborada pela própria categoria.

Com relação ao acompanhamento dos trabalhos da comissão, Mingrone relata:

⁴³ As Atas das reuniões do Conselho Nacional de Representantes, que estão sob guarda da ABF, não foram disponibilizadas para a pesquisa.

“A gente entendeu que a gente era um técnico, que até que os médicos não estavam tão errados. A gente não era um pensador. A gente estava se preparando para ser um fisioterapeuta, um reproduzidor de técnicas, de métodos, alguém que escolhia, que conhecia um arsenal, ia lá, escolhia, de acordo com o quê? _O seu momento, mas sem uma profunda análise. Quer dizer, não estudava o ser humano, e aí sim, diante disso, montava um quebra-cabeça com as peças que ele me oferece.

Então, aí, chegamos à conclusão que a gente mais do que formar o fisioterapeuta a gente precisava formar pensadores da Fisioterapia. E para eu formar pensadores na Fisioterapia, eu tinha que introduzir algumas matérias. Aí se pensou na antropologia, na sociologia, na metodologia da pesquisa científica, porque quem não lê, mal ouve, mal fala, mal vê. Então a gente não sabia se organizar para isso. Quer dizer, quando falava que a gente precisava, elaborar um diagnóstico fisioterapêutico, um prognóstico fisioterapêutico, era loucura!” (Anexo 6, p.256-7).

A participação dos fisioterapeutas na elaboração dos currículos dos seus cursos buscava adequá-los às novas necessidades e competências profissionais, que incluíam a elaboração de um diagnóstico fisioterapêutico. Ao ter competência para elaborar um diagnóstico próprio, o fisioterapeuta rompia com a submissão ao médico.

O envolvimento da categoria nesse processo estendia-se aos estudantes, que historicamente têm desempenhado um papel importante na busca de uma melhor formação profissional. Segundo Villar, aluno do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, entre 1970 e 1973:

“No final dos anos 60 e começo dos anos 70, já havia um clamor muito grande para uma melhoria da formação profissional. A oposição por parte dos fisiatras produziu uma aglutinação das forças dentro da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional no sentido de mudança, sobretudo no conceito de que éramos somente profissionais de reabilitação e não profissionais de saúde. A força inicial se deu através do movimento estudantil, a partir de dois congressos chaves da ENUR (Executiva Nacional dos Estudantes de Reabilitação, remanescente legal dos anos de chumbo da ditadura). O primeiro foi em São Paulo, em 71; o segundo, mais objetivo e inflamatório, que juntou o quem era quem das áreas, em Belo Horizonte, em 72. A partir destes momentos, começou uma pressão nas Associações estaduais, nos congressos da ABF” (Anexo 8, p.305).

Considerações semelhantes são feitas por Feltrim, aluna da USP entre 1973 e 1975:

“O que chamo de dificuldade foi nossa luta por melhorias dentro da inserção do curso na Faculdade de Medicina. Os cursos de Fisioterapia, TO e Fono eram... apêndices. Então, a gente não tinha representatividade na Congregação, que é a mesa de negociação da faculdade. O curso não tinha o número de professores que a gente precisava. Tinha um monte de gente que vinha dar aula. Sônia Gusman (conhece, não?), ela vinha dar aula totalmente de graça, sem vínculo nenhum com a escola” (Anexo 9, p.310).

Assim como a ABF, o movimento estudantil também pode ser caracterizado como um movimento social com papel importante de oposição ao regime militar, como discutido no capítulo anterior.

Nesse novo momento, já havia entre os fisioterapeutas o sentimento de pertença, uma preocupação de garantir o controle dos cursos, tanto no nível administrativo quanto no qualitativo, assim como de adquirir um reconhecimento social. Feltrim reafirma que:

“era assim: o que o HC não fornecia área para a prática assistencial, o curso tinha a preocupação de completar em outros lugares. A preocupação, na época, era formar um excelente profissional, porque nós estávamos começando a divulgar o que era Fisioterapia como profissão. Em geral, Fisioterapia era confundida com massagem. As pessoas nem sabiam pronunciar o nome fisioterapeuta. Fisioterapia, era um desconhecimento total. Então, a preocupação fundamental era de que a profissão tinha que ser reconhecida, e como nos éramos muito poucos, nós nos conhecíamos, todo mundo sabia quem era a turma da Sônia Gusman, quando elas eram estudantes. Então era fulano, fulano e fulano, e se sabia quem estava trabalhando em cada lugar, o ano de formatura. No fim, quem saía, tinha que ser um pouco líder, entendeu? Uma pessoa catalizadora, com um compromisso, não só em ser fisioterapeuta, mas em divulgar a Fisioterapia. Eu acho que isso foi muito incutido na cabeça da gente: que nós tínhamos que brilhar, entendeu? Fosse o que nós fôssemos ser. Mas aonde a gente estava, a gente tinha que fazer muito bem e, de preferência, você ter um compromisso social maior. Eu acho que a preocupação naquela época era essa: divulgar a profissão em todos os meios e abrir áreas de atuação” (Anexo 9, p.311).

Nos depoimentos, os fisioterapeutas confirmam o papel relevante da competência na construção da identidade profissional, assim como a importância de um novo modelo curricular mínimo para sua aquisição, já que o currículo mínimo de 1964 não explicitava claramente quais seriam as matérias que deveriam integrar a sua formação.

Segundo Villar, um novo currículo era primordial para definir profissionalmente o fisioterapeuta. Além disso, “procurava mostrar às Instituições de Ensino que tinham ou pretendiam ter o curso, a complexidade da formação deste novo profissional, a necessidade de investimentos adequados tanto em termos de espaço, equipamento e recursos humanos, como também de inserção na comunidade e prestação de serviços” (Anexo 8, p.300).

Tais argumentos reiteram a preocupação do grupo em relação à comercialização dos cursos de Fisioterapia e o comprometimento da formação dos profissionais egressos de instituições descompromissadas com uma formação de qualidade.

A relevância da competência inserida no currículo pode ser resumida nas palavras de Manso, quando refere-se à aprovação do segundo currículo mínimo, em 1983: “e foi uma alegria!, ... Olha, isso aqui para nós foi mais importante do que a regulamentação do

Conselho, sabia? Nós ficamos tão felizes, porque ... a gente tinha como provar para as outras classes profissionais que a gente tinha uma formação melhor” (Anexo 7, p.285).

3.3.2. A comercialização dos cursos de Fisioterapia.

Conforme apontado no capítulo anterior, até 1969, havia 5 cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil; entre 1969 e 1981, instalaram-se 14 novos cursos. Em 1996, contabilizava-se um total de 63 cursos, sendo 12 em Instituições de Ensino Superior públicas e 51 em privadas; finalmente, em 2001, esse número saltou para 200, evidenciando a política expansionista adotada pelos últimos governos.

Em 1960, contabilizavam-se 95.691 alunos matriculados em nível universitário no Brasil, e, em 1986, um total de 1.418.196, sendo que apenas 33% desses encontravam-se na rede oficial de ensino superior. Esses dados comprovam a política expansionista do regime militar, efetivada nos acordos MEC-USAID, que enfatizava a importância de racionalizar a universidade, organizando-a em moldes empresariais, privilegiando a privatização do ensino em atendimento ao modelo desenvolvimentista, sob a ideologia da ordem adotada por esse regime.

Para Germano (1993), “essa divisão desproporcional entre ensino privado e ensino público demonstra que a política educacional ... *privilegiou o topo da pirâmide social*. Com efeito, menos de um terço dos alunos de graduação frequenta cursos gratuitos. A grande massa, ou seja, 2/3, paga mensalidades escolares” (p.152).

Essa tendência de crescimento das vagas para a educação superior no Brasil no setor privado mantém-se em ascensão, ultrapassando 2/3 das vagas oferecidas. Partindo do princípio de que, no conjunto da América Latina, o Brasil apresenta um dos índices⁴⁴ mais baixos de acesso à educação superior, o crescimento do setor privado deve continuar.

Porém, grande parte dessas instituições não mantém as atividades típicas das universidades – ensino, pesquisa e extensão - , que constituem o suporte necessário para o desenvolvimento científico, tecnológico e cultural. Também não oferecem uma formação profissional de qualidade.

Em relação à Fisioterapia, tem sido crescente a demanda de pedidos de autorização para abertura de novos cursos. Pode-se inferir que esse crescimento esteja ocorrendo em Faculdades Integradas, Faculdades, Institutos Superiores ou Escolas Superiores, uma vez que

⁴⁴ 12% em 1999.

as Universidades e os Centros Universitários, em sua grande maioria melhores estruturados física e academicamente, têm autonomia para criar/autorizar o funcionamento de cursos de graduação, sendo necessário recorrer ao MEC apenas no momento do seu reconhecimento.

Segundo membros da Comissão de Especialistas de Ensino em Fisioterapia (CEEFisio)⁴⁵, vários cursos de Fisioterapia estão sendo abertos no país sem o mínimo necessário para oferecer uma formação de qualidade e sem considerar a questão da demanda social, o que gera excedente de profissionais no mercado.

Relacionado aos levantamentos apresentados, evidencia-se que a comercialização dos cursos de Fisioterapia é mais um elemento que compromete a competência dos fisioterapeutas formados, contribuindo para caracterizá-los como semi-profissionais.

3.4. Vocação.

A categoria **vocação** é utilizada por Enguita (1991) em evocação ao aspecto religioso, com idéias de fé e chamada. Diz respeito à renúncia e à dedicação atribuída, tanto ao professor como aos sacerdotes.

Afirma que, em diversos idiomas, os termos vocação, chamada e profissão são considerados sinônimos. Essa característica incide sobre o profissional que trabalha a serviço de seus semelhantes, sem fins lucrativos, que proíbe a competição entre os membros. Sendo assim, “seu trabalho não pode ser pago, porque não tem preço, seu exercício é “liberal” e sua retribuição toma a forma de “honorários”. A profissão se caracteriza por sua vocação de serviço à humanidade” (p.44).

O principal atrativo da profissão liberal relaciona-se com seus rendimentos e outras vantagens materiais e simbólicas, enquanto a proibição da concorrência destina-se a evitar uma diminuição das retribuições, reafirmando que os profissionais só estão disponíveis para o público quando este tem condições financeiras de arcar com seus honorários.

Brzezinski (1998), que analisa as categorias de profissionalização enfocando as políticas de formação de professores, considera a categoria vocação como um “conceito socialmente construído, que se consolida na preparação profissional mediante a formação inicial e continuada” (p.36). Dessa forma, o profissional preparado em cursos especializados

⁴⁵ Comissão instituída a partir de 1994, subordinada à Secretaria de Ensino Superior (SESu) do MEC, cuja função é definir critérios de padrão de qualidade para os Cursos de Fisioterapia nos processos de autorização e reconhecimento.

deve lançar-se no mercado de forma competitiva para exercer sua profissão, recebendo salários condizentes com a relevância social e econômica de seu trabalho.

3.4.1. A vocação como herança.

O termo ‘vocação’ esteve associado às fisioterapeutas inglesas desde o início de suas atividades, utilizado para justificar a baixa remuneração oferecida.

Mesmo durante as décadas de 1940 e 1950, quando a categoria estava organizada através da *Chartered Society of Physiotherapy*, a questão salarial permanecia uma das principais preocupações dos dirigentes e membros da entidade. Os salários, inferiores aos recebidos pelas enfermeiras eram considerados a principal razão de descontentamento entre os seus membros.

Um artigo intitulado ‘*Disappointed expectations*’, publicado em 1964, reafirmava que, embora a Fisioterapia e a Farmácia oferecessem as melhores perspectivas, os fisioterapeutas ainda eram mal pagos, porque, “como as enfermeiras, a maioria feminina era vista como ‘mulheres com vocação’” (BARCLAY, 1994, p.196).

Nos Estados Unidos, as mulheres convocadas para trabalhar durante a Primeira Guerra Mundial consideravam o serviço como uma oportunidade de mudança social que as aproximaria das condições masculinas. Seus honorários eram consideravelmente menores do que os pagos aos dietistas e enfermeiros.

Nessas situações, o componente vocacional da prática assistencial destinava-se então a justificar os baixos salários pagos aos fisioterapeutas, cujas atividades destinavam-se a auxiliar o médico no tratamento de enfermos.

Com as mudanças sociais dos últimos anos na lógica do capitalismo, o componente vocacional da categoria tem sinalizado na direção de torná-la uma profissão liberal, como anteriormente definida por Enguita.

3.4.2. A questão do gênero.

Os conhecimentos femininos sobre como tratar do próprio corpo consistiram historicamente o resultado de um saber informal transmitido de mãe para filha. Na Europa, desde a Idade Média até o século XVIII, esse conhecimento fazia parte das tradições femininas.

Conjurando os espíritos, curandeiras e benzedoras, com suas palavras e ervas mágicas, suas orações e adivinhações para afastar entidades malévolas, as mulheres substituíram a falta de médicos e cirurgiões durante longo tempo. Tais experiências femininas eram toleradas. No entanto, essa profissão, misto de enfermeira e feiticeira, acabou por colocá-las na mira da Igreja, que as via capazes de detectar e debelar as manifestações de Satã nos corpos adoentados.

A concepção acabou por marcar com desconfiança a profissão feminina de lidar com as doenças, abrindo espaço para que a ciência médica constituísse um saber próprio masculino e um discurso de incompetência intelectual da mulher. Ademais, tanto na medicina informal como na medicina erudita, as referências ao uso de plantas, minerais e chás caseiros que serviam aos cuidados terapêuticos também foram conhecimento dominado pelo saber feminino.

Quanto à imagem da mulher, o século XIX caracterizou-se por polêmicas que oscilavam entre os extremos de anjo e demônio. Percebeu a necessidade de amenizar a imagem tradicional das mulheres como seres pecaminosos, lascivos, porque elas haviam-se transformado em trabalhadoras, sob o signo do racionalismo e da expansão industrial e colonialista.

Com o ingresso das mulheres no mercado formal de trabalho e a organização de entidades femininas, temiam-se os abalos que poderiam ser provocados na instituição alicerçada da família. A imagem da mulher, então, gradativamente, foi sendo relacionada à maternidade, salvadora e civilizadora do homem e do casamento, dotada de uma sensibilidade contraposta à “racionalidade” masculina.

Essa posição influenciou no seu processo de ingresso em funções que se relacionavam com a figura materna, como o magistério, ocupando as salas de aula, antes ocupadas pelos homens, que passaram para cargos administrativos, numa redistribuição do poder.

Mas o século XIX caracterizou-se também por poucas opções de espaço profissional para as mulheres. Dentre essas, destaca-se a da enfermeira, que, sob influência de Florence Nightingale, permitiu uma limpeza de imagem: de mulheres “imorais, bêbadas e analfabetas”, para uma imagem de “vocação, chamado e dedicação”.

A mão de obra feminina, de baixo custo, além de “dócil e submissa”, acolheu então os trabalhos manuais e não os intelectuais, estes designados aos homens.

Portanto, o espaço ocupado pela mulher ao longo da história sempre esteve relegado à função de cumprir ordens definidas por outros. Na verdade, a sua capacidade profissional foi alvo da conclusão de que eram portadoras de cérebros “pouco desenvolvidos pelo seu

desuso”. Tais argumentos, acabaram por considerá-la capaz de somente exercer funções identificadas à maternidade, à capacidade de doação e de vocação. E nesse sentido, a função de “enfermeiras” ou “massagistas” era tida como tipicamente feminina: envolvia paciência, afetividade, doação, reforçando a idéia dessas profissões como “sacerdócio”, e justificando os baixos salários, as condições de trabalho e a ascensão social.

A histórica composição majoritariamente feminina da categoria, portanto, contribuiu para a associação do papel do fisioterapeuta ao componente vocacional.

Também, se as primeiras organizações da classe, tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos, não aceitavam a entrada de homens, caracterizava-se a Fisioterapia como uma área tipicamente feminina.

No Brasil, embora não houvesse proibições formais quanto a isso, estatisticamente sempre houve o predomínio de mulheres nessas atividades. Dados⁴⁶ de 1978 afirmam que elas correspondiam a aproximadamente 70% da classe. Essa característica provavelmente resultava na baixa remuneração e no pouco prestígio social compartilhados pela categoria inicialmente, que não atraía jovens do sexo masculino. Esse quadro só se alterou a partir das décadas de 1970 e 1980, com a incorporação cada vez maior do contingente masculino.

Além disso, a forma e a inserção tardia das mulheres na esfera produtiva como força de trabalho remunerada determinaram de forma decisiva as suas condições de trabalho e de mercado. Assim, se considera o trabalho feminino como transitório ou anômalo, e o seu salário como fonte de renda complementar.

Muitas vezes comparadas às enfermeiras, como já visto, cujas atividades no século XIX sustentavam-se em “devoção, altruísmo, vocação e trabalho voluntário gratuito”, as fisioterapeutas também foram consideradas auxiliares dos médicos, o que contribuiu para a sua desvalorização profissional (MACHADO, 1991, p. 35).

Já o processo de ‘masculinização’⁴⁷ da categoria mudou a caracterização da vocação, do sentido de doação e abnegação, para um sentido mais próximo da vocação como “liberal”. Consequentemente, valorizou a profissão, atraindo mais homens para dentro de si.

Essas considerações estão presentes no depoimento de Villar a respeito dos alunos que ingressavam nos cursos de Fisioterapia:

⁴⁶ Dados que constam no artigo “A mulher no mercado de trabalho”, publicado no Informativo de Fisioterapia, órgão oficial da AFERJ, nº 21. Rio de Janeiro, 1978.

⁴⁷ O termo ‘masculinização’ indica o processo inverso à ‘feminização’ descrito por Enguita (1991, p.51), na caracterização da profissão docente.

“Eram todos vestibulandos de área de saúde. Muito poucos como primeira opção. A maioria não tinha muita noção no começo, mas sofria a transformação já no primeiro ano, pelo exemplo da turma anterior. Houve desistências, mas muito poucas. Em Minas, a maioria era masculina ou empate. A gente tinha que sobreviver da atividade. Daí maior luta por um lugar ao sol” (Anexo 8, p.299).

Discussões sobre a remuneração da categoria foram realizadas por ocasião do Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, realizado no Rio de Janeiro, em 1964. Dentre as doze conclusões aprovadas pela Comissão Executiva do Congresso, incluiu-se: “Recomendar remuneração justa e atualizada ao fisioterapeuta com a finalidade de estimular maior número de interessados na carreira e, desta forma, evitar a elevada porcentagem de abandono da profissão”. Mesmo preocupados com a remuneração, os profissionais não definiam parâmetros próprios, propondo apenas que fosse “justa e atualizada”.

Por outro lado, assim como tem ocorrido com outras profissões historicamente consideradas liberais, o trabalho dos fisioterapeutas tem sofrido um processo de assalariamento, seja o diretamente vinculado ao setor público, seja o da prestação de serviços aos planos de saúde.

Essa situação de assalariamento, que, segundo Enguita (1991), também é compartilhada atualmente pela categoria docente, faz com que os professores sejam submetidos a processos cuja tendência é a mesma que para a maioria dos trabalhadores nessa situação: a proletarianização.

3.5. Licença.

Por **licença** considera-se a característica que garante ao grupo profissional a exclusividade num campo de atuação, geralmente reconhecido e protegido por lei, o que evita a intromissão de indivíduos que não pertençam à categoria.

Como anteriormente discutido, a formação dos “técnicos em Fisioterapia” realizada juntamente com técnicos de Raio X; posteriormente, a formação dos fisioterapeutas nas Escolas de Reabilitação, onde eram oferecidos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, contribuíram para uma indefinição do seu campo de atuação, já que o profissional se caracterizava como um especialista em reabilitação, termo também compartilhado pelos terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

3.5.1. O campo de atuação profissional.

A busca pela exclusividade de um campo de atuação foi marcante no percurso histórico da categoria na busca de sua identidade profissional. O primeiro movimento realizado pelos fisioterapeutas nesse sentido foi a organização através da Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF).

Segundo Sanchez, um dos principais articuladores desse movimento,

“o Estatuto de toda associação profissional deve enquadrar-se em normas pré-estabelecidas por lei. Fizemos nossa parte, o melhor possível e acertamos na bola. Posteriormente, verificamos que os alicerces foram muito sólidos, o que permitiu agir com segurança no meio da tempestade” (Anexo 2, p.192).

Quanto aos objetivos principais das entidades profissionais existentes na época⁴⁸, Sanchez afirma que “todas convergiam ao mesmo objetivo: o reconhecimento oficial da profissão. No entanto, a única entidade que na época tinha competência, por estar melhor preparada para o desempenho de tão árdua tarefa, era a ABF” (Idem).

Uma vez organizados em torno de uma instituição com representatividade nacional, os fisioterapeutas passaram a buscar as prerrogativas legais capazes de definir a exclusividade do seu campo de atuação.

O primeiro documento oficial, o Parecer 388/63, trata especificamente sobre a habilitação única e específica dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Anexo 10).

Esse documento caracteriza o fisioterapeuta como um dos elementos da equipe de reabilitação, cuja competência se resume em “executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social”. Tais competências são igualmente atribuídas aos terapeutas ocupacionais (Anexo 10, p.325).

Como o Parecer 388/63 não define claramente o campo de atuação e as competências do fisioterapeuta nem do terapeuta ocupacional, os currículos mínimos por ele fixados apresentam matérias comuns para ambos os cursos.

⁴⁸ Segundo Sanchez, as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil foram a AFESP – Associação de Fisioterapeutas do Estado de São Paulo e a AFEG – Associação de Fisioterapeutas do Estado da Guanabara. Transcorridos dois anos de atividades, a AFESP modificou seus Estatutos para crescer e se tornou a ABF – Associação Brasileira de Fisioterapeutas. (Anexo 1)

Dentre as conclusões aprovadas pela Comissão Executiva do Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, realizado em 1964 na cidade do Rio de Janeiro, três relacionam-se com a licença:

“2- Recomendar as autoridades competentes que o projeto de lei apresentado ao Congresso Nacional, sobre a regulamentação da profissão, seja considerado em regime de urgência.

5- Recomendar a proibição imediata dos cursos de auxiliares de Fisioterapia, resolução esta baseada na solução dada pelos demais países da *World Confederation for Physical Therapy* para incremento na Reabilitação. O Brasil precisa de profissionais competentes e de elevado padrão e não deve ser estimulada a formação de pessoal não especializado e improvisado.

7- Recomendar que o exercício da Fisioterapia seja rigorosa e exclusivamente executado por médicos e fisioterapeutas, pois somente o médico e o fisioterapeuta estão para isto habilitados”

Tais conclusões evidenciam uma forte preocupação com o reconhecimento legal da profissão; também reafirmam a importância conferida à competência do profissional, quando condenam a existência de cursos de formação técnica ou auxiliar.

Uma análise crítica dessas recomendações, no entanto, permite concluir que, muito embora os fisioterapeutas buscassem a delimitação do seu campo de atuação, ainda era forte a figura do médico, como consta na conclusão número 7, que os próprios fisioterapeutas concordaram em compartilhar.

O reconhecimento e a proteção legal da categoria ocorreram após a publicação do Decreto-lei nº 938/69, em 13 de outubro de 1969. A partir de então, o fisioterapeuta, assim como o terapeuta ocupacional, passaram a ser considerados profissionais de nível superior. O artigo 3º define como atividade privativa do fisioterapeuta: “executar método e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (Anexo 11, p.327).

No 5º artigo do mesmo Decreto-lei, são observadas outras atividades que podem ser exercidas pelo fisioterapeuta, como: dirigir ou assessorar serviços em estabelecimentos públicos ou particulares; exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio; e supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos. Tais atividades não se caracterizam como um campo de exclusividade da categoria, compartilhado pelos demais profissionais da área da saúde, destacando os médicos e enfermeiros.

Assim, o documento constitui um verdadeiro suporte legal ao exercício da atividade do fisioterapeuta, na medida que contribui para a delimitação do seu campo profissional.

Apesar disso, no entanto, não garante ao fisioterapeuta o direito exclusivo de intervenção na sua área, pois, segundo Gusman, a partir de 1975, contrários às resoluções publicadas pelo COFFITO, os médicos entraram contra o Decreto com uma arguição de inconstitucionalidade da lei junto ao Supremo Tribunal Federal. Segundo a fisioterapeuta Sônia Gusman, que na época exercia a função de Presidente do COFFITO,

“E pra você ver que foi tão forte o *lobby* deles que, no Supremo Tribunal Federal, os 12 juristas disseram que a lei não era, as resoluções e a lei, não eram inconstitucionais, os dois. O último juiz que pegou, pegou para dar vistas ao processo e disse: “ela é constitucional, portanto nós não estamos impedindo o exercício legal deles, da profissão de médico, mas se eles podem diagnosticar, medicar, eles podem tratar. Então, a lei é constitucional, mas não é privativo o nosso tratamento. Os fisiatras podem tratar”. E isso é incongruente, é antagônico, ele é antagônico à constitucionalidade” (Anexo 4, p.222).

A partir da resolução do Supremo Tribunal Federal, os fisiatras passaram a ter direitos legais de exercer a Fisioterapia, que continua sendo uma atividade privativa do fisioterapeuta, porém não exclusiva.

Portanto, no que se refere à licença profissional, pode-se afirmar que o fisioterapeuta não tem a exclusividade do seu campo de atuação, não podendo ser considerado um profissional.

3.5.2. O fisioterapeuta como docente.

Como discutido no primeiro capítulo, historicamente sempre houve uma preocupação relativa à formação de fisioterapeutas para exercer a docência. Na Inglaterra, para suprir a demanda, em 1945, profissionais com experiência clínica foram submetidos a cursos com duração de um ano para tornarem-se professores. Nos Estados Unidos, grande parte dos recursos financeiros destinados à Fisioterapia foi convertida em cursos de treinamento educacional, instrumentos considerados importantes para a manutenção do padrão profissional.

No Brasil, desde 1964, houve uma preocupação formal quanto à formação e ao controle de fisioterapeutas docentes. A conclusão número seis aprovada pela Comissão Executiva do I Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas recomendava a criação urgente de cursos de pós-graduação para formação de professores e monitores nas escolas de Fisioterapia

existentes no país. A conclusão número doze recomendava aos fisioterapeutas não exercerem a função docente, particularmente nas matérias relacionadas à Fisioterapia sem a devida autorização da ABF.

O Decreto-lei 938/69, que legaliza o direito de o fisioterapeuta exercer o magistério, não menciona a necessidade de qualquer forma de complementação pedagógica. Tal prerrogativa negligencia os saberes próprios da docência, uma vez que os currículos dos cursos de Fisioterapia não incluem disciplinas que os habilitem a exercer tal função.

Pimenta (1999) aponta que os profissionais que exercem a função docente sem formação específica já têm saberes sobre o que é ser professor. Porém, esses saberes são constituídos de sua experiência como alunos “que foram de diferentes professores em toda sua vida escolar”. Tais experiências lhes permitem diferenciar os bons dos maus professores; sabem ainda sobre o ser professor por meio de conhecimentos como “a experiência socialmente acumulada, as mudanças históricas da profissão, o exercício profissional em diferentes escolas, e a não valorização social e financeira dos professores, ...”. Porém, tais conhecimentos não capacitam tais profissionais a se identificarem como professores, na medida que esses “*olham o ser professor e a escola do ponto de vista do ser aluno*” (p.19).

Compete, portanto, aos cursos de formação inicial colaborar no processo de mudança do “*ver o professor como aluno*” ao “*ver-se como professor*”, e dessa forma construir a identidade de professor (PIMENTA, 1999, p.20).

Para a autora, embora muitos profissionais tenham clareza de que serão professores de conhecimentos⁴⁹ específicos e que tais conhecimentos são imprescindíveis para ensinar, poucos se perguntam sobre

“qual o significado que esses conhecimentos têm para si próprios; qual o significado desses conhecimentos na sociedade contemporânea; qual a diferença entre conhecimentos e informações; até que ponto conhecimento é poder; qual é o papel do conhecimento no mundo do trabalho; qual a relação entre ciência e produção material... Qual a relação entre esses conhecimentos? Para que ensiná-los e que significados têm na vida das crianças e dos jovens (alunos dos quais serão professores? ...)” (PIMENTA, 1999, p.21).

Partindo do princípio de que conhecer não se reduz a informar e de que para se chegar ao conhecimento é preciso operar com as informações, entende-se que compete à escola e aos

⁴⁹ O termo conhecimento utilizado por Pimenta vale-se da colaboração de Edgar Morin (1993), que não o considera equivalente à informação, sendo esta apenas o primeiro estágio daquele. Conhecer implica um estágio posterior: o de trabalhar com as informações, classificando-as, analisando-as e contextualizando-as. O terceiro estágio relaciona-se à inteligência, à consciência ou sabedoria, em que a inteligência tem a ver com a arte de vincular conhecimento de maneira útil e pertinente; consciência e sabedoria envolvem reflexão, isto é, capacidade de produzir novas formas de existência, de humanização.

professores a tarefa de proceder a mediação entre a informação e os alunos, no sentido de possibilitar-lhes, através da reflexão, a aquisição da sabedoria necessária à permanente construção do ser humano.

Nesse sentido, entende-se que a educação é um processo de humanização, no qual os professores têm um importante papel a desempenhar; uma tarefa complexa, que inclui, dentre outras, a discussão da questão dos conhecimentos no contexto contemporâneo. Para o desempenho de tais tarefas, o professor deve estar preparado científica, técnica, metodológica e socialmente.

Os cursos de formação devem proporcionar aos profissionais da educação um contato com os saberes sobre educação e pedagogia, a fim de oferecer instrumentos para se interrogarem e alimentarem suas práticas, confrontando-as, e para produzirem saberes pedagógicos.

Ao permitir que o fisioterapeuta, sem a devida qualificação dos conteúdos didáticos, exerça a função docente, a legislação interfere na licença própria da categoria docente, a que deveria garantir a exclusividade no campo de atuação.

Para Enguita (1991), o docente tem um campo parcialmente demarcado, uma vez que as leis não garantem à categoria a capacidade de ensinar, embora seja exclusividade dessa a avaliação e a certificação dos conhecimentos dos alunos.

Brzezinski (1998) afirma que as políticas de formação de profissionais da educação vêm negando a importância da formação específica para ser professor. Para ser considerado como tal, “basta que o pretendente seja portador de diploma de nível superior em cursos relacionados com a disciplina que já leciona, curse a parte teórica com duração de 240 horas...” (p.35). Dessa maneira, enquanto para o mundo oficial⁵⁰, a licença vem sendo concedida como uma simples certificação, para o mundo vivido⁵¹, ela é a contrapartida da competência aliada à vocação do profissional.

Como discutido no capítulo anterior, buscando melhorar o nível de ensino e a preparação em matérias de saúde, a OMS e a *WCPT*, em 1964, organizaram cursos para formação de professores de Fisioterapia na Inglaterra e, posteriormente, na Cidade do México, em 1969.

⁵⁰ - Brzezinski considera como mundo oficial ou mundo do sistema aquele mundo atrelado ao capital, comprometido com as políticas neoliberais do governo federal (1998, p.30).

⁵¹ - Mundo vivido ou mundo real é considerado por Brzezinski como o construído na luta travada pelos educadores na busca de uma valorização e profissionalização da categoria, mediante carreira, salários dignos e justos e condições adequadas de trabalho (Brzezinski, 1998, p.30).

Sanchez (1970), em seu estudo sobre a formação de fisioterapeutas no Brasil, aponta que, ao seu tempo, o número reduzido de fisioterapeutas docentes constituía um dos principais problemas, merecendo prioridade na solução.

Embora legalmente habilitados para exercer a docência, os fisioterapeutas, através do Conselho Nacional de Representantes, continuavam a discutir e propor cursos para formação de professores na área. Segundo Villar, “entendia-se que o profissional clínico, recrutado para lecionar, não tinha a preparação necessária a nível de mestrado e doutorado, para desempenhar efetivamente sua função. Falou-se pela primeira vez de pesquisa em Fisioterapia. A proposta foi encaminhada ao MEC” (Anexo 8, p.305).

Nos anos de 1980, encontros de coordenadores e professores de Fisioterapia passaram a ser organizados com o intuito de discutir os objetivos da programação das disciplinas, avaliação específica, prática terapêutica supervisionada, integração Hospital Escola, o papel do professor como educador e terapeuta, a fim de organizar elementos fundamentais para um programa de formação de professores de Fisioterapia.

Nos últimos anos, com a ampliação do número de novos professores em face das substituições e admissões por conta das aposentadorias e do aumento do número de cursos de graduação em Fisioterapia, um maior número de fisioterapeutas é recrutado para exercer a função docente sem as competências específicas exigidas: competência em uma determinada área do conhecimento, domínio da área pedagógica e exercício da dimensão política, que possibilite aos alunos e professores discutir os aspectos políticos de sua profissão e de seu exercício na sociedade, para nela saberem se posicionar como cidadãos e profissionais.

Essas situações mantiveram-se indefinidas com a Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional, sancionada pelo Presidente da República em 1996, que não estabelece qual deve ser a formação do professor universitário, uma vez que aborda a competência técnica como domínio da área de conhecimento, abstendo-se do plano da formação didática.

Dessa forma, à medida que a demanda por professores qualificados é maior que a oferta, há o comprometimento da formação dos profissionais e o privilégio da quantidade, da funcionalidade, da eficiência e da produtividade.

3.5.3. As limitações impostas pela legislação

Rebellato (1999), ao analisar a legislação que deveria garantir a exclusividade do campo de ação do fisioterapeuta, conclui que esta acaba por limitá-lo.

Segundo o autor, essas limitações relacionam-se ao objeto de trabalho, quando estabelecem que o fisioterapeuta deve ocupar-se de indivíduos que já possuem algum tipo de doença, lesão ou disfunção. Para o autor, tais considerações impedem uma atuação do profissional em todos os níveis de atenção à saúde.

Outra consideração refere-se à indefinição das funções do profissional, resultante da falta de clareza do Art. 3º (Anexo 11): “É atividade privativa do fisioterapeuta executar método e técnicas fisioterápicas ...”. A “adjetivação de atividades gerais (métodos e técnicas) com um adjetivo também geral (fisioterápicas) não propicia nenhum esclarecimento sobre a natureza dessas funções. E, nesse caso específico, o adjetivo empregado para definir é sinônimo do termo que se está tentando definir” (REBELATTO, 1999, p.58).

Segundo Moura Filho (1999), após o reconhecimento da profissão, aumentaram as diferenças e os conflitos entre os fisioterapeutas e os médicos ligados à reabilitação. Segundo o autor, por iniciativa do Deputado pelo Estado da Guanabara, Nelson Carneiro, surgiu na Câmara Federal o Projeto de Lei 2.090/70, que pretendia retirar a obrigatoriedade do nível superior e reconduzir os Fisioterapeutas à denominação de Técnicos de Fisioterapia. O projeto gerou polêmica e foi emendado no plenário pelo Deputado Fagundes Neto. No ano seguinte, após empenho por parte dos fisioterapeutas, a Comissão de Constituição Justiça considerou-o inconstitucional.

Várias formas de retaliações contra a prática profissional do fisioterapeuta, foram empreendidas pelos médicos ligados à Fisiatria, incluindo alterações nas ementas das disciplinas médicas oferecidas nos cursos de graduação.

3.6. Independência

Por **independência**, entende-se a dupla autonomia que os profissionais têm no exercício profissional: frente à clientela e frente às organizações.

Os clientes dos profissionais se encontram sempre em posição de necessidades, problemas ou urgências, ou seja, em posição de dependência do serviço que somente o profissional pode resolver. Quanto às organizações, a independência do profissional liberal está sempre presente. Mesmo nos casos de trabalhadores assalariados, é possível mantê-la através do controle coletivo.

No entanto, o reconhecimento da independência do profissional de Fisioterapia esbarra numa concepção menos valorativa das profissões que envolvem o trabalho manual. Tal

concepção é resultado dos séculos de escravidão que atribuíram ao trabalho manual uma ocupação de segundo escalão, se comparado às atividades intelectuais.

Para os fisioterapeutas, uma categoria historicamente marcada pela dependência profissional, a conquista e a manutenção da autonomia constituíram árduas tarefas, vinculadas tanto ao setor jurídico quanto ao educacional.

3.6.1. A “luta” pela autonomia.

Após a aprovação do Decreto-lei nº 938/69 e a regulamentação da profissão com a criação dos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as resistências e incompreensões se acentuaram por parte de grupos médicos ligados à Fisiatria.

Em inúmeras publicações em jornais da década de 1970, especializados ou não, grupos médicos protestaram contra a autonomia e a licença dos fisioterapeutas, como nos trechos abaixo transcritos⁵²:

“O Dr Fernando Boccoline, presidente eleito da Sociedade de Medicina Física e Reabilitação, protestou contra a inclusão no JAMB⁵³, de notícia sobre um congresso não médico ..., sob o título de “Fisioterapia e Terapia Ocupacional”. Criticou também o fato desta publicação ter relacionado os nomes dos conferencistas ..., sob a rubrica de Drs. ...
Acentuou ... , a “gravidade que esta simples publicação poderá ter em uma classe que, sub-repticiamente, procura se infiltrar no campo da medicina, usurpando assim os direitos reservados pela Constituição Brasileira exclusivamente aos médicos formados por um curso regular de medicina, ...” (JAMB, 1979)

“Os fisioterapeutas – técnicos de reabilitação, formados em cursos de 3 anos – estão reclamando para si atividades próprias dos fisiatras, especialistas em medicina física e reabilitação. Uma atitude que vem gerando polêmica entre os profissionais das duas áreas. Por enquanto, os técnicos já conseguiram uma série de avanços, muitos dos quais bastante discutíveis. ...

Uma solução seria – afirma o dr. Catai – *uma nova regulamentação de todas as profissões paramédicas, para evitar conflitos de competência.* O fisioterapeuta é importante quando atua na sua área. ...” (Orgão oficial da Associação Paulista de Medicina – 1979)

“A classe médica alega que as exigências, preconizadas pelo Conselho dos Fisioterapeutas, são ilegais pois cabe, isto sim, ao médico prescrever tratamento e ao fisioterapeuta executá-lo, pois sua função é auxiliar o especialista médico fisiatra.

Ressalta ainda que um médico, quando na sua Faculdade de Medicina, se não dispõe de uma Cadeira específica de Fisiatria, aprende a matéria nas disciplinas de Anatomia, Fisiologia, Biologia, Patologia, Cirurgia, Ortopedia, Clínica Médica, Neuro e Reumatologia, entre outras.

⁵² Os destaques apresentados não constam no original.

⁵³ Jornal da Associação Médica Brasileira.

Só desta maneira e, mais tarde, com os preparativos para título de especialista, é que o médico se sente apto para responder pelas prescrições ao paciente. Por este motivo, chega a constituir crime uma pessoa pretender, com três anos de aulas teóricas, ministrar tratamento que poderá prejudicar grandemente uma pessoa. ...

Alega a diretoria do Simers⁵⁴, os fisioterapeutas educacionais não têm em seus currículos mínimos, aprovados pelo Ministério de Educação e Cultura, qualquer disciplina que lhes dê o direito ou atribuição de prescrever ou diagnosticar e, menos ainda supervisionar serviços nesta área. Cabe a eles, isto sim, manipular os aparelhos a seguir a prescrição médica, funcionando em equipe, como verdadeiros auxiliares”. Porto Alegre, Folha da Tarde, 29 de março de 1979.

Por meio dessas publicações, evidencia-se a preocupação da classe médica em manter a hegemonia na área da saúde, classificando os fisioterapeutas como invasores, técnicos, portadores de formação aligeirada, submissos e executadores de técnicas prescritas pelo médico.

Em um comunicado da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação – Regional de São Paulo - aos médicos da especialidade, seu então presidente dr Antonio Luiz P. Catai conclamava os colegas contra “a intromissão abusada dos assim chamados paramédicos, nas atividades profissionais e em atos que SEMPRE foram de atribuição exclusiva do *médico*” (1979).

O termo paramédico, utilizado em diversos países para designar técnicos da área da saúde, cuja principal função é atuar em situações de emergência, nesse comunicado foi usado com intuito pejorativo, reafirmando o papel do fisioterapeuta como adjunto do médico, não respeitando sua individualidade enquanto profissional, com formação e finalidades próprias.

Com o objetivo de analisar o “problema dos currículos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional”, o Departamento de Fisiatria da Associação Médica Brasileira realizou o trabalho “Subsídios para estudo preliminar da invasão do campo do médico por fisioterapeutas”, encaminhado ao presidente do Conselho Federal de Educação, com a finalidade explícita de interferir na elaboração do “novo” currículo mínimo. Devido à importância do seu conteúdo, no que diz respeito à autonomia, licença e competência profissional, o texto será aqui transcrito integralmente⁵⁵:

“O médico executa e prescreve, para que outros executem, técnicas terapêuticas de Medicina Física, desde Wiliam Gilbert, na Inglaterra, no século XVI, e desde Artur Silva, no Brasil, em 1879.

O exercício da Medicina foi regulamentado pelo decreto-lei 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que, nos seus artigos 24, 25, 26, 27, e 28, deixa claro que a direção e a responsabilidade dos estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos é da exclusiva competência do médico.

⁵⁴ Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

⁵⁵ Os destaques apresentados não constam no original.

A Fisiatria (Medicina Física e Reabilitação – especialidade médica que utiliza meios físicos no diagnóstico e no tratamento do incapacitado) é especialidade autônoma, reconhecida na Dinamarca desde 1916, em 63 países (inclusive o Brasil) até 1969, e, hoje, em mais de 100 países.

A Associação Médica Brasileira expede títulos de especialistas em Fisiatria (após aprovação em concurso) e os Conselhos Regionais de Medicina os reconhecem e registram.

A reabilitação do incapacitado necessita de trabalho multidisciplinar, realizado por equipe composta de diversos profissionais da área médica e paramédica, tais como, respectivamente, fisiatra (líder natural da equipe), ortopedista, neurologista, outros especialistas e psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.

Em determinada época, verificando a necessidade de melhor formação de técnicos em Fisioterapia e Terapêutica Ocupacional, médicos incentivavam a formação de cursos de graduação destes técnicos. O parecer 388/63 do Egrégio Conselho Federal de Educação diz que estes profissionais são auxiliares médicos, que desempenham tarefas de caráter terapêutico, sob orientação e responsabilidade do médico, e não lhes compete o diagnóstico da doença ou da deficiência. *O currículo mínimo das escolas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, segundo a portaria 511/64 do Ministério de Educação e Cultura, não inclui nenhuma disciplina que lhes ensine a diagnosticar ou prescrever e, sim, apenas, a executar técnicas.*

O decreto-lei 938, de 18 de outubro de 1969, em seus artigos 3º e 4º, diz que é atividade privativa do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional executar técnicas... (segundo Aurélio Buarque de Holanda, executar é cumprir, efetivar, tornar efetiva uma prescrição; privativo é peculiar, próprio); portanto, *é função peculiar destes técnicos, tornar efetiva uma prescrição (obviamente do médico).*

A lei nº 6.316, de 17/12/1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, atinge a liberdade do exercício da medicina, notadamente quanto à especialidade Fisiatria, ao pretender que os serviços que tenham finalidades ligadas à Fisioterapia e Terapia Ocupacional registrem-se nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

As resoluções COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) nºs 8, 9 e 10 chegam ao absurdo de pretender atribuir aos seus profissionais direitos exorbitantes, como avaliar pacientes, diagnosticar e prescrever (enquanto sua função é exclusivamente executar), a par de recusar a execução de tratamento prescrito por médico; cogitar da denúncia de médicos e outros profissionais ao Conselho Regional de Fisioterapia; negar trabalho a instituições que não lhes dêem autonomia de prescrição e diagnóstico; ter consultório (segundo Aurélio Buarque de Holanda, local onde se dá parecer, conselho...; logo, só têm consultório os profissionais como são os médicos e dentistas, que, além de realizar outros serviços médicos, dão conselho, instrução, parecer); e até mesmo pretender obrigar médicos, serviços médicos e clínicas que têm médicos responsáveis a se registrarem nos seus Conselhos, ficarem sob sua supervisão etc.

O Ministério do Trabalho, na Classificação Brasileira de Ocupações, de 16 de junho de 1978, classificou sabiamente o médico fisiatra sob nº 0.61.28 e o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional sob os nºs 0.76.20 e 0.76.21 e coloca estes últimos entre aqueles técnicos que, geralmente sob supervisão de profissionais de formação superior, desempenham tarefas análogas, porém de amplitude e responsabilidade menores..

Enfatizamos que a responsabilidade técnica do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional inicia-se e cessa com a execução da técnica e não despreza a responsabilidade do médico, seja quanto ao diagnóstico e prescrição terapêutica, seja quanto à responsabilidade dos serviços de Fisiatria.” JAMB – Jornal oficial da Associação Médica Brasileira, 28/08/79.

Ao realizar uma retrospectiva histórica e legal da Medicina e Fisiatria, os fisiatras buscam reafirmar seu papel como líder da equipe de reabilitação. Evidenciam que o

participação dos médicos na formação dos fisioterapeutas buscava melhorar a formação de técnicos não necessariamente competentes a realizar um diagnóstico e prescrição terapêutica, já que lhes competia tarefas de menor amplitude e responsabilidade.

A interpretação do Decreto-lei 938/69 pelos médicos consolida o ideal de supremacia e hegemonia de uma categoria, que se julga detentora dos saberes e conhecimentos científicos garantidos pela formação universitária.

Finalmente deixam claro a resistência em submeter-se ao controle dos fisioterapeutas por meio dos CREFITOS, que legalmente conquistaram o direito de fiscalizar todas as instituições onde existam serviços de Fisioterapia, incluindo propriedades de fisiatras.

Diante de tais argumentos, coube aos fisioterapeutas empreender medidas legais em diferentes níveis para garantir sua autonomia enquanto categoria. Debates acalorados sobre a autonomia do fisioterapeuta ocuparam sessões plenárias de Assembléias de diversos Estados brasileiros.

Um pronunciamento do Deputado Estadual Guido Moesch na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, no dia 11/09/79, em defesa dos fisioterapeutas contra o pronunciamento do Deputado José Albrecht, que acusava os fisioterapeutas e terapeuta ocupacionais de estarem invadindo a área de exclusiva competência médica, argumentou que:

“Os Fisioterapeutas, nunca, em nenhuma de suas resoluções, ... afirmam que fariam diagnóstico médico, mas sim *diagnósticos fisioterápicos*, tal qual ... outros profissionais, que para ter uma maneira própria de se intercomunicarem, de basearem seus esquemas de trabalho, usam uma linguagem técnica, comum e adequada.

O diagnóstico do fisioterapeuta é um diagnóstico específico de sua área, complementar ao diagnóstico médico, servindo de base para o estabelecimento do programa de tratamento fisioterápico. ...

É preciso entender que o médico tem em seu curso de graduação, disciplinas básicas como anatomia, fisiologia, histologia e patologia, que lhe dão as condições para reconhecer o valor dos meios físicos de tratamento e os seus efeitos, mas não habilitam a planejar, programar, ordenar, executar ou supervisionar técnicas de Fisioterapia. É necessário considerar que hoje em dia a Fisioterapia atingiu um alto nível de desenvolvimento e está apoiada em métodos, aparelhos e equipamentos dos quais o médico apenas ouviu falar durante seu curso de graduação. Não existem em seu currículo disciplinas profissionalizantes, específicas da Fisioterapia, como cinesiologia, eletroterapia, mecanoterapia, massoterapia, termoterapia e tantas outras que fazem o dia-a-dia do Fisioterapeuta”. (Jornal da A.P.F.⁵⁶, setembro/outubro 1979.)

Nesse pronunciamento, o Deputado expõe os reais anseios dos fisioterapeutas na busca de sua identidade profissional, que se concretiza, dentre outros, na detenção de conhecimentos e competências específicas que o diferenciem de outros profissionais.

⁵⁶ A.P.F. Associação Paulista de Fisioterapeutas.

3.6.2. Autonomia e currículo.

Os modelos curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia foram amplamente utilizados tanto para qualificar quanto para desqualificar os profissionais envolvidos na garantia da autonomia da categoria.

Tais fatos culminaram com o reconhecimento da importância de um novo modelo curricular, capaz de assegurar a construção de um campo de conhecimentos específicos, o reconhecimento social e moral da categoria, garantir-lhe a autonomia necessária frente às instituições e frente à clientela, na busca da profissionalização.

Mingrone afirma que a preocupação dos fisioterapeutas durante a elaboração da proposta curricular era a de garantir a competência técnica, pois

“até então, nós éramos apenas executadores de uma receita que dizia o que eu tinha de fazer, como que eu tinha de fazer. Eu só executava, quer dizer, eu não participava do estudo de caso, eu não participava da avaliação, eu não participava do diagnóstico terapêutico, eu não participava de nada disso. Quer dizer, a visão que se tinha do profissional, por exemplo, médica, com quem sempre a gente esteve atrelado, com relação ao profissional de Fisioterapia, que nós éramos apenas executadores. E a gente estava convencido disso. Você passa o tempo todo, alguém dizendo que você só pode fazer isso, que a lei proíbe, que a lei não permite. Imagine que eu tinha uma clínica, aonde se chegava um paciente que não tinha indicação médica, eu não podia atender, e mais do que isso, ele tinha, que dizer o que era para eu fazer. Alguns punham até o tipo de treino de marcha, quantidade..., a intensidade do equipamento, número de sessões, enfim...” (Anexo 6, p.255)

Conclui-se, portanto, que o currículo deveria assegurar a aquisição de conhecimentos ao futuro profissional, que lhe permitisse não mais executar técnicas, mas participar do programa de tratamento do paciente.

Para garantir a autonomia da categoria em nível assistencial, entendeu-se que ela deveria ser iniciada dentro do sistema educacional. Segundo Manso, havia uma preocupação em mostrar a importância da Fisioterapia, com risco de perder cargos de coordenação para fisiatras. Dessa forma, fisioterapeutas passaram a assumir, cada vez mais, um número maior de disciplinas, o que, para Pio, contribuiu com a melhoria da qualidade dos cursos e consolidação da identidade profissional.

Seguindo as análises que Enguita (1991) faz em relação aos docentes, pode-se afirmar que os fisioterapeutas, assim como os docentes, são parcialmente autônomos, tanto frente às organizações como frente ao seu público. Primeiramente, pelo fato de os fisioterapeutas

constituírem uma categoria, em sua grande maioria, composta de assalariados ou prestadores de serviços a convênios médicos; segundo, seu público, geralmente composto por pacientes⁵⁷, não demonstra uma posição de total dependência em relação aos serviços prestados pelos fisioterapeutas, tanto quanto o fazem para outras categorias profissionais, uma vez que a utilização dos recursos físicos no cuidado da saúde, que caracteriza a atividade, não é exclusividade da categoria, podendo ser empregada pelos fisiatras.

Essa “autonomia relativa”, por conseguinte, pode comprometer o componente do processo identitário biográfico descrito por Carrolo, e denominado por Habermas como mundo subjetivo. O fisioterapeuta, ao sentir-se tão pouco participante e responsável pelo seu trabalho, acaba por comprometer a construção da identidade profissional para si mesmo.

3.7. Auto-regulação

A última categoria refere-se à *auto-regulação*, entendida por Enguita (1991), como a regulação da atuação da profissão por ela mesma, com base na identidade e solidariedade grupal, utilizando-se do seu próprio código de ética e deontológico. Dessa forma, a profissão se reserva o direito de julgar seus próprios membros, evitando a intromissão dos clientes, do poder público, ou de qualquer outro grupo.

O direito de fiscalizar o exercício profissional foi conquistado por ocasião da criação dos Conselhos Federal (COFFITO) e Regionais (CREFITOS), autarquias federais vinculadas ao Ministério do Trabalho, através da Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Anteriormente à publicação desse documento, competia ao Ministério da Saúde a fiscalização da atividade dos fisioterapeutas.

Durante a tramitação do projeto pela Câmara, um processo lento segundo Gusman, por iniciativa do Ministério do Trabalho foi constituída uma comissão formada por um grupo interministerial de representantes do Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. A mensagem da Comissão enviada ao Congresso Nacional esclarecia que

“o anteprojeto ... visa suprir a legislação original em suas lacunas, assim como criar os Conselhos Federal e Regionais que fiscalizem a profissão.

Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais assemelham-se pela formação e treinamento, duração de estudos teóricos e práticos e tempo de duração exigido pelo ensino universitário, ao mesmo nível educacional em que situam os demais tecnologistas médicos.

A regulamentação sugerida, caso convertida em lei, permitirá estabelecer uma melhor disciplina na distribuição de atribuições e competência na equipe de saúde, afastando

⁵⁷ Entende-se por paciente o indivíduo que necessita de cuidados em relação à sua saúde.

impropriedades e incertezas que, por enquanto, ainda subsistem” Diário Oficial da República de 18/12/75.

Repete-se nesse documento a importância destinada à formação do profissional para garantir sua auto-regulação.

Contraditoriamente, o anteprojeto que busca garantir a regulamentação da categoria ao mesmo tempo denomina seus membros de “tecnologistas médicos”, reafirmando o caráter técnico do profissional.

Segundo Gusman, que na ocasião era presidente da ABF, a aprovação da Lei nº 6.316 foi uma conquista grande para a categoria, que lhe permitiu legislar a respeito de si mesma.

Três anos após, foi aprovado o código de ética profissional pela Resolução COFFITO-10 de 3 de julho de 1978. O documento, composto por seis capítulos, garantia à categoria a regulação dos seus membros dentro dos princípios éticos e deontológicos.

Em seu Art. 4º, Capítulo I, o Código de Ética reafirma a importância da qualificação profissional: “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional atualizam e aperfeiçoam seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento de suas profissões”.

3.8. Um novo profissional para um novo tempo.

O currículo mínimo dos Cursos de Fisioterapia aprovado em 1983, anteriormente discutido, contemplou os anseios da classe profissional naquele momento, na medida em que buscou romper as barreiras que prendiam a Fisioterapia à imagem historicamente construída de reabilitação, submissão e massagem, permitindo vislumbrar um novo profissional para uma “nova Fisioterapia” – clínica, científica, social e eticamente comprometida.

Aos “novos fisioterapeutas” coube a tarefa de disseminar e concretizar em suas práticas as conquistas de seus precursores, prosseguindo na construção da identidade profissional da categoria.

A análise da profissionalização dos fisioterapeutas realizada neste trabalho, ancorada nas categorias do profissionalismo definidas por Enguita (1991), permite concluir que grandes conquistas foram asseguradas pelos fisioterapeutas no decorrer da sua história.

Porém, Villar faz considerações sobre

“a falta de respeito por parte de algumas profissões da Saúde; falta de autonomia profissional; baixa remuneração profissional; falta de novas lideranças; ainda a crônica incapacidade da classe de uma contribuição mais efetiva para a inserção definitiva da profissão na sociedade; baixa capacitação profissional na área acadêmica e de pesquisa no campo” (Anexo 8, p.307).

Tais arguições, também compartilhadas por outros colegas, somadas às discussões contidas neste capítulo permitem concluir que o fisioterapeuta não pode ser considerado um profissional, que, segundo Enguita (1991), tem seu trabalho voltado diretamente para o mercado numa situação monopolista, com exclusividade na oferta de serviços protegida por lei, autonomia no seu processo de trabalho, e pleno controle na inserção de novos membros, mesmo que não tenha características que o considerem um proletário (técnico), caracterizado por vender sua força e capacidade de trabalho, não gozando de poder, prestígio, renda e autonomia. Sendo assim, o fisioterapeuta apresenta características que o classificam como um semi-profissional, caracterizado por Enguita como assalariado, com nível de formação semelhante aos profissionais, que lutam por manter ou ampliar sua autonomia no processo de trabalho e suas vantagens relativas à renda, poder e prestígio.

Tais conclusões confirmam as declarações de Defina, que embora concorde que houve evolução na profissão, não considera que essa tenha sido tão significativa. Afirma que houve um crescimento quantitativo, mais significativo que o qualitativo dos profissionais, os quais considera incompletos e dependentes. “Nós não somos plenos ... é uma idéia muito forte que ainda vigora em muitos meios ... até mesmo dentro de nós... e por não sermos plenos, todas as pessoas que estão à nossa volta continuam nos tratando como tal” (Anexo 1, p.183).

Quanto à questão curricular, desde 1994, uma comissão composta por fisioterapeutas passou a participar oficialmente da avaliação e reconhecimento dos Cursos de Fisioterapia e das recomendações e determinações que dizem respeito à manutenção das condições pedagógicas de qualidade sob o ponto de vista teórico/metodológico, científico e técnico/profissional para formação de recursos humanos em Fisioterapia.

Embora não tenha sido objeto de estudo desta dissertação, reitera-se a importância de se discutirem as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, que, desde 1997, estiveram em discussão no Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, sendo aprovadas em 12 de setembro de 2001 e instituídas em 19 de fevereiro de 2002.

As Diretrizes Curriculares implementadas em substituição aos Currículos Mínimos foram elaboradas tendo como referência diversos documentos da área educacional e de saúde.

Para assegurar maior liberdade às Instituições de Ensino Superior, o novo documento estabelece o perfil, as competências e as habilidades do egresso. Aborda os conteúdos curriculares subdivididos em quatro áreas: Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas, Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos; os estágios e atividades complementares e a organização do curso.

Dotadas de avanços e indefinições, as Diretrizes Curriculares (2002) consistem no documento mais complexo no que se refere à formação do fisioterapeuta no Brasil, e seguramente merecem um estudo próprio a fim de avaliá-las criticamente.

Estudar a identidade de uma categoria constitui uma tarefa árdua pois trata-se de um processo, e, portanto, incapaz de ser concluído. Este capítulo constitui apenas a primeira etapa de uma pesquisa, que deverá ser continuada, a fim de acompanhar a trajetória da profissão a partir de suas lutas, conflitos e contradições. Essa tarefa poderá ser realizada, oportunamente, em outro momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou identificar os fatores históricos que influenciaram o surgimento e o desenvolvimento da Fisioterapia no mundo e no Brasil, para problematizá-los e explicitar a relação entre o processo histórico, os currículos dos cursos e a identidade profissional do fisioterapeuta.

Embora sem a pretensão de esgotar o assunto, a retrospectiva histórica realizada no primeiro capítulo permitiu reconstituir o surgimento, a profissionalização e a caracterização do fisioterapeuta em nível mundial, nos diferentes momentos de sua constituição.

Em meio às discussões apresentadas, verificou-se que a prática e conseqüentemente a formação do fisioterapeuta sofreram adaptações no decorrer dos seus cem anos de história, ajustando-se tanto aos desenvolvimentos tecnológicos quanto às necessidades sociais.

Pôde-se verificar que o fisioterapeuta surgiu de uma lacuna entre dois grupos profissionais, médicos e enfermeiras, tomando para si os recursos físicos e naturais como instrumentos de trabalho para conferir-lhes uma cientificidade capaz de delimitar um campo de ação e um objeto de trabalho próprios.

Inicialmente, a função do “fisioterapeuta” desenvolveu-se de forma não especializada e submissa, constituindo uma ocupação secundária de mulheres que buscavam encontrar na aplicação da massagem uma forma de ascensão social. A gênese da profissão de fisioterapeuta, portanto, teve lugar na ação de grupos de mulheres que desejavam conferir à nova categoria um “status” social. Ao longo do século XX, no entanto, as enfermeiras-massagistas inglesas foram progressivamente configurando um corpo de saberes e de técnicas e um conjunto de normas e de valores específicos, num primeiro passo em busca da profissionalização da categoria.

Naquele momento, iniciou-se a elaboração do primeiro currículo de formação do “fisioterapeuta”, cujo alicerce encontra-se no conhecimento da estrutura física do corpo humano, como nas disciplinas de Anatomia e Fisiologia Humanas, até hoje um dos pilares da formação do profissional. É importante sublinhar que este corpo de saberes e de técnicas foi, por longo tempo, produzido por profissionais de outras áreas, como médicos e enfermeiros, participantes ativos da elaboração dos primeiros currículos dos cursos de Fisioterapia.

A elaboração de um conjunto de normas e valores foi largamente influenciada por crenças e atitudes morais, que buscaram creditar a profissão do ponto de vista ético, desvinculando-a da imagem da massagem, utilizada como recurso fisioterapêutico ou sexual.

Nos Estados Unidos, a origem da Fisioterapia esteve vinculada às escolas de educação física, transformando-se em uma área específica de atuação impulsionada pelo acontecimento da Primeira Guerra Mundial e pela influência de uma americana formada na Inglaterra, responsável pela introdução de novos procedimentos relacionados à profissão.

A retrospectiva histórica confirmou a participação das duas guerras mundiais e das epidemias no crescimento da Fisioterapia, impulsionado pelo grande investimento financeiro aplicado no desenvolvimento de equipamentos e recursos, que, progressivamente, foram incorporados aos currículos dos cursos.

No processo de profissionalização dos fisioterapeutas ingleses e americanos, puderam-se evidenciar quatro etapas:

1. o exercício da atividade como ocupação principal, o que lhes conferiu maior grau de importância;
2. a participação em associações profissionais, que desempenharam um papel importante no desenvolvimento de um corpo de defesa da categoria e do estatuto sócio-profissional;
3. a conquista de uma licença oficial, que garantiu a independência administrativa e a autonomia clínica do profissional;
4. a institucionalização de uma formação profissional de nível superior.

Quanto à formação profissional, percebe-se ter havido preocupação dos fisioterapeutas norte-americanos ligados ao setor de educação em garantir uma formação universitária aos seus profissionais, reafirmando a sua importância conferida no nível da graduação no processo de profissionalização e reconhecimento social. Em 1955, mais de 80% dos estudantes de Fisioterapia cursava programas de graduação nos Estados Unidos, enquanto, na Inglaterra, essa modalidade teve início somente na década de 1970.

Também, com o foco voltado para a reabilitação, a Fisioterapia chegou ao Brasil de forma sistematizada no início dos anos de 1950, sob a influência da Inglaterra e dos Estados Unidos. Essa influência foi observada nas terminologias, modelos administrativos, recursos, técnicas e equipamentos empregados preferencialmente nos tratamentos de crianças vítimas de poliomielite e trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho.

A sistematização dos cursos e serviços de Fisioterapia no Brasil resultou dos programas de saúde estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a América

Latina. Os centros de reabilitação, que incluíam serviços de Fisioterapia, deveriam dar suporte às seqüelas provocadas pelo crescimento industrial que se concentrava na região sudeste do país. Tais elementos justificaram a criação do Instituto Nacional de Reabilitação em São Paulo e da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação no Rio de Janeiro.

Pode-se inferir que o fato dos primeiros cursos de Fisioterapia brasileiros terem surgido junto aos centros de reabilitação influenciou também na construção da imagem social do fisioterapeuta, que se encontra no imaginário popular vinculada ao tratamento reabilitador de pacientes vítimas de lesões ortopédicas e neurológicas.

A influência da OMS também fez-se presente na estruturação e elaboração dos cursos de Fisioterapia no Brasil, de forma direta, ao definir o currículo e enviar professores ao curso oferecido pelo INAR, e indireta, com a organização do curso em nível de Mestrado para professores latinoamericanos de Escolas de Terapia Física, em parceria com o governo mexicano e a *WCPT*; e com a promoção das reuniões de Ministros da Saúde das Américas, nas quais foram definidas as normatizações e formulações dos programas de saúde para a América Latina.

A reconstituição da história do Brasil entre 1950 e 1980 permitiu visualizar que, mais do que juntos, os fatos históricos encontram-se imbricados aos acontecimentos sociais e que nenhum avanço ou retrocesso pode ser desvinculado de interesses, poder e lutas, assim como acontece com a elaboração de um currículo.

É evidente que um currículo com duração de quatro meses, como o que conferia às massagistas inglesas um reconhecimento social no final do Século XIX, diferencia muito, em termos de horas e disciplinas, do currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia aprovado em 1983. Porém, ambos apresentam um objetivo comum: formar um profissional que atenda às necessidades sociais e políticas de seus respectivos momentos históricos.

Para cada momento, viu-se surgir um novo modelo curricular, capaz de conferir ao profissional formado características, competências e limitações que lhe garantissem a inserção e manutenção no mercado de trabalho.

Assim sendo, dentro de uma visão crítica, o currículo transcende a perspectiva de conceitos técnicos, como os de ensino e eficiência, ou de imagens estáticas, como as de grade curricular e lista de conteúdos. As teorias críticas curriculares permitem enxergá-los como um espaço de poder, cujos conhecimentos carregam as marcas indeléveis das relações sociais, reproduzindo as estruturas sociais e transmitindo a ideologia dominante.

Diante do legado das teorias críticas, podemos identificar que a elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil constituiu um espaço de disputa de poder.

As relações de poder, que caracterizaram a disputa por territórios entre os grupos profissionais socialmente reconhecidos e os de recente surgimento, estiveram presentes no currículo mínimo de 1964, que denominou os fisioterapeutas como técnicos e definiu a duração dos cursos em três anos, demonstrando a intenção de reproduzir as estruturas sociais vigentes. O de 1983 buscou rompê-las.

Nos dois momentos, percebe-se que o currículo constituiu um território político. Os primeiros currículos dos cursos de Fisioterapia obedeciam às concepções tecnicistas, determinadas a formar aligeiramente profissionais tecnicamente competentes. O currículo de 1983 tendeu a formar um profissional não só competente, mas com maior compromisso social.

O currículo oficial de 1983 atendeu tanto as reivindicações dos próprios fisioterapeutas, como a ampliação da carga horária e a subdivisão em áreas de atuação, quanto normatizou políticas sociais mais amplas, tais como a incorporação das ciências sociais na formação do profissional, e que se relacionavam ao desenvolvimento dessas ciências no âmbito da saúde como um todo. A inclusão da disciplina de Fisioterapia Aplicada às Condições Sanitárias, relacionada à atuação preventiva da Fisioterapia, também refletiu a influência das políticas de saúde preconizadas mundialmente pela OMS e OPAS, que passaram a valorizar o cuidado primário de ação em saúde.

Em relação à questão teoria e prática, vimos que os modelos curriculares instituídos para os cursos de Fisioterapia foram marcados pela visão dicotômica (Curso Raphael de Barros e INAR) e associativa (Currículos Mínimos de 1964 e 1983), o que reforça a visão tecnicista de reprodução de conhecimento. Um currículo, numa visão mais progressista, que permite a recriação de novos saberes por parte do aluno, adotando a visão de unidade entre a teoria e a prática como núcleo articulador, permitindo uma formação melhor do profissional, não foi contemplada nos modelos curriculares estudados. Isso, sem dúvida, contribuiu para o estabelecimento de um modelo centrado da reprodução do conhecimento e não na sua construção em interação com a realidade.

A ausência de uma política definida sobre capacitação docente para nível superior associada à expansão desordenada dos cursos de Fisioterapia, que não oferecem os requisitos básicos que garantem uma formação de qualidade, têm contribuído para comprometer a construção da identidade profissional.

As análises demonstraram que os fisioterapeutas sempre conferiram ao currículo um valor de extrema importância, imprescindível para a delimitação da identidade profissional, pois defendiam e defendem que somente uma formação fundamentada em seus aspectos

teóricos pode atingir as aspirações, como licença, independência, competência, remuneração e auto-regulação, critérios estabelecidos por Enguita como caracterizadores de uma determinada profissão.

A identidade profissional configura-se como uma identidade coletiva, como uma construção social que se desenvolve no interior dos grupos e das categorias que estruturam a sociedade e que conferem à pessoa um papel e um *status* social. É importante enfatizar que a identidade coletiva se constrói nas mediações estabelecidas nas relações humanas, concretizadas nos movimentos sociais. No caso da Fisioterapia, expressam-se por meio da Associação Brasileira de Fisioterapeutas e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Essa abordagem social, que implica uma identidade coletiva, partiu do individual, ou seja, da percepção de nove fisioterapeutas. Os entrevistados, através de depoimentos orais, foram responsáveis pelo registro da memória da construção da identidade do fisioterapeuta.

Pela aplicação do modelo teórico de Enguita na caracterização do fisioterapeuta, conclui-se que houve grandes avanços da categoria no processo de profissionalização. Porém, essa ainda não se concretizou plenamente, seja pela influência dos modelos curriculares adotados, seja pelas amarras impostas pela legislação ou pela herança histórica.

Este trabalho não tem a ambição de ter esgotado o tema em estudo, porque um estudo de identidade envolve valores e visões que estão em constante mutação. Porém, pretende que as reflexões desenvolvidas apresentadas, sejam compartilhadas por todos os profissionais e docentes da Fisioterapia, para que, em suas batalhas individuais, continuem buscando a maior profissionalização da categoria, sonhando com uma realidade mais justa e igual, abrindo caminhos com possibilidades reais de construir o novo e tornando-se sujeitos de sua própria história.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel. Formação continuada como instrumento de profissionalização docente. In: VEIGA, Ilma. (org). **Caminhos da profissionalização de magistério**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p.99-122.
- ALMEIDA, Cybele C. O magistério feminino laico no século XIX. **Revista Teoria & Educação**. Porto Alegre: n. 4, 1991, p.159 – 171.
- Associação Brasileira de Fisioterapeutas. Revista Ano 1, Número 1, São Paulo, nov./dez. 1962.
- _____. Conclusões do Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, Rio de Janeiro, 1964.
- _____. Cadastro da Associação Brasileira de Fisioterapeutas. Levantamento da situação dos fisioterapeutas nos países membros da *WCPT*, 1964.
- _____. Histórico da A.B.F. São Paulo. [ca. 1965].
- _____. Revista Brasileira de Fisioterapia. Porto Alegre: 1973. Número zero, 30p.
- _____. Estudos para alteração dos Currículos Mínimos dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. São Paulo, 1978.
- Associação dos Fisioterapeutas do Estado do Rio de Janeiro. Informativo de Fisioterapia, Rio de Janeiro, n. 21, 1978.
- Associação Médica Brasileira. Subsídios para estudos de currículos de Fisioterapia. JAMB – Ano XXI, 1979.
- Associação Paulista de Fisioterapeutas. Jornal da APF. São Paulo, Ano 9, set./out., 1979.
- _____. Jornal da APF. São Paulo, Ano 10, jan./fev., 1980.
- _____. Boletim da APF, São Paulo, 1984.
- Associação Paulista de Medicina. Jornal da APM, Ano XIII, n. 214, “Fisiatras pedem a revisão do decreto que criou o COFFITO”. São Paulo, 1978.
- Associação Paulista de Fisioterapeutas. **Jornal**, São Paulo, Ano 9, set./out. 1979.
- AZEVEDO, Janete M. L. **A educação como política pública**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.
- BARCLAY, Jean. **In good hands**. The history of the Chartered Society of Physiotherapy 1894 –1994. Trowbridge: Redwood Books, 1994.
- BARRACLOUGH, Geoffrey. **Introdução à história contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2000.
- BIANCHETTI, Roberto G. **Modelo neoliberal e políticas educacionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- BORGES, Abel S. e outros. **Currículo, conhecimento e sociedade**. São Paulo: FDE, 1995.

BOUFLEUER, José E. P. **Pedagogia da ação comunicativa: uma leitura de Habermas**. Ijuí, RS: Unijuí, 1998.

BRANDÃO, Zaira. (Org) **A crise dos paradigmas e a educação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

BRASIL, Diário Oficial da União, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO 8, 13.11.78 Seção I, parte II, página 6.322:6.332.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 388/63, Habilitação única para os Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aprovado em 10 de dezembro de 1963

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Currículos mínimos dos cursos de graduação. 3. ed. Brasília, 1979.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 622/82. Reformulação dos currículos mínimos dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de 3 de dezembro de 1982.

_____. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983. (Seção 1. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional)

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. MEC – CNE Parecer nº 776/97, aprovado em 03/12/97.

_____. Ministério da Educação e do Desporto, Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Parecer nº: CNE/CES 1210/2001.

_____. Ministério da Educação e do Desporto, Conselho Nacional de Educação. Resolução nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.

_____. Ministério do Trabalho. Diário Oficial da União de 19.8.77 - Seção I Parte II, p.10.949. Portaria nº 3.459, 1977.

_____. Ministério do Trabalho. Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Belo Horizonte, 1997.

BRZEZINSKI, Iria. Notas sobre o currículo na formação de professores: teoria e prática. **Estudos**. Goiânia, v.22, n.1/2, p.47-58, 1995.

_____. (Org.) **Formação de professores: um desafio**. Goiânia: Ed. UCG, 1997.

_____. Profissionalização do magistério: atuais políticas educacionais para a formação e carreira. **Anais do IX ENDIPE**, Águas de Lindóia, 1998, p. 29-41.

_____. (Org.) **LDB interpretada: diversos olhares se entrecruzam**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Pedagogia, pedagogos e formação de professores**. 2. ed., São Paulo: Papyrus, 2000.

_____. (Org.) **Profissão professor: identidade e profissionalização docente**. Brasília, DF: Plano, 2002.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D.. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

- CARROLO, Carlos. Formação e identidade profissional dos professores. In: ESTRELA, Maria Tereza. **Viver e construir a profissão docente**. Porto: Porto Editora, 1997, p. 21-50.
- CHAVES, Mário M. **Saúde: uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.
- CIAMPA, Antônio da C. **A estória do Severino e a história da Severina** – Um ensaio de psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1998.
- COLL, César. **Psicologia e currículo**. São Paulo: Ática, 1996.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Memorial. São Paulo: 1979.
- _____. **O COFFITO**, nº 9, São Paulo, 2000.
- COSTA, Marisa V. (Org.) **O currículo nos limiões do contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.
- COSTA, Nilce M. da S. C. **Currículo e Formação Profissional: As Reformulações Curriculares dos Cursos de Nutrição**. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1996.
- DALLARI, Sueli G. **A saúde do brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Moderna, 1997.
- DEL PRIORE, Mary (org). **História das mulheres no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.
- DELORS, Jacques (org). **Educação: um tesouro a descobrir**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- DEWEY, John. **Democracia e educação**. São Paulo: CEN, 1979.
- Documento do I Curso para Professores Latinoamericanos de Terapia Física. São Paulo, 1969.
- DOLL Jr., William. **Currículo: uma perspectiva pós-moderna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- DOMINGUES, José L. **O cotidiano da escola de 1º grau: o sonho e a realidade**. São Paulo: PUC, 1988.
- ENGUITA, Mariano F. A ambigüidade da docência: entre o profissionalismo e a proletarização. **Revista Teoria da Educação**, Porto Alegre, 1991, n. 4, p. 41-61.
- ERIKSON, Erik H. **Identidade: juventude e crise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- FERNANDES, Florestan. **Nova república?** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- FIGUEIREDO, Juan M. S., GONZÁLEZ, Manimínio L. La cooperación técnica de la OPS/OMS en el desarrollo de los recursos humanos: un nuevo desafío. **Educación Médica y salud**. Washington, v.28, n.3, p. 432-446, jul./sep. 1994.
- FORQUIN, Jean-Claude. **Escola e Cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- GERMANO, José W. **Estado Militar e Educação no Brasil (1964 - 1985)**. São Paulo: Cortez, 1993.
- GIMENO SACRISTÁN, J. & PEREZ GÓMEZ, A. **Compreender e transformar o ensino**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GIMENO SACRISTÁN, J. **Currículo: uma reflexão sobre a prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GIROUX, Henry. **Os professores como intelectuais: rumo a uma teoria crítica da sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HOBBSBAUM, Eric. **A era do capital**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

HORWITZ, A. e outros. Principales problemas en el adiestramiento de personal de salud: Oportunidades para investigación. **Educación médica y salud**, Washington, v.4, n.4, p.269-276, oct./dic. 1970.

KRUSEN, F.H.; KOTTE, F.J.; ELWOOD, P. M. **Tratado de medicina física e reabilitação**. São Paulo: Manole, 1984.

LIBÂNIO, José C. Os campos contemporâneos da didática e do currículo: Aproximações e diferenças. IN: OLIVEIRA, M.R. N.S. **Confluências e divergências entre didática e currículo**. Campinas, SP: Papyrus, 1998. p. 153-93.

_____. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Organização e gestão da escola**. Teoria e prática. 4. ed. Goiânia: Alternativa, 2001.

LUNDBORG, Karin. **Elementary Course on the Basic Physical Therapy Processes**. São Paulo, 1957. (Texto datilografado).

MACHADO, Maria Helena. Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque. **Educación Médica y Salud**. Washington, v.25, n.1, 1991, p.28-36.

MARINI, Thereza. As disciplinas humanas nos currículos de formação de profissionais da área de saúde. **Educação e Sociedade**, São Paulo, n. 29, 1988.

MARQUES, Amélia P., SANCHEZ Eugênio L. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista Fisioterapia Universidade São Paulo**. v.1, n.1, p.5-10, jul./dez. 1994.

MASETTO, Marcos (org). **Docência na Universidade**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

MEDICI, André C. e cols. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. **Educación Médica y Salud**. Washington, p. 1-14, 1991.

MEIHY, José C. S. B. **Manual de história oral**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MORAES, Nelson L. A. e outros. Panorama da situação de saúde do Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina**. São Paulo, v.14, n.3, p.267-275, mar. 1968.

MOREIRA, Antônio F. B. História do currículo: em busca de novos referenciais. In: **Cadernos ANPED**. Belo Horizonte, dez. 1994.

_____. **Currículos e programas no Brasil**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

_____. Multiculturalismo, currículo e formação de professores. In: **Anais do IX ENDIPE**. Águas de Lindóia, p. 22-37, 1998.

_____. **Currículo, políticas educacionais e globalização**. (Aula Inaugural do Mestrado em Educação da UCG proferida em 30.03.99).

_____. **Currículo: questões atuais**. 4. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

MOREIRA, Antônio F. e SILVA, Tomaz T. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

MOURA FILHO, Alberto G. de, **Brasil: a Fisioterapia e o Tempo.** (Texto produzido para leitura no Congresso Brasileiro de Fisioterapia). Salvador, 1999.

MURPHY, Wendy **Healing The Generations: A History Of Physical Therapy and the American Physical Therapy Association.** Lyme: Greenwich Publishing Group, 1995.

NÓVOA, Antônio. (Coord.) **Os professores e a sua formação.** Lisboa: Dom Quixote, 1992.

_____. (Org.) **Profissão: professor.** Porto: Porto Editora, 1995.

Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. **Hechos que revelan progreso en salud. Metas en la Carta de Punta del Este.** Publicación Científica nº 166, Washington, 1968.

_____. Reunion Especial de Ministros de Salud de las Americas. Documentos de Trabajo. Documento Oficial nº 90. Washington, 1969.

_____. Reunion Especial de Ministros de Salud de las Americas. Informe final y discursos. Documento Oficial nº 89. Washington, 1969.

_____. Plan decenal de salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial nº 118. Washington, 1973.

_____. IV Reunion especial de ministros de salud de Americas. Informe final e documento de referênciã. Documento Oficial nº 155. Washington, 1978.

PACHECO, José A. **Currículo: teoria e práxis.** Porto: Porto Editora, 1996.

PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João A. **Metodologia Científica.** 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

PEDRA, José A. **Currículo, conhecimento e suas representações.** 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

PERRENOUD, Philippe. **Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: Perspectivas sociológicas.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

_____. **10 competências para ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PIMENTA, Selma G. Formação de professores: identidades e saberes da docência. In: PIMENTA (Org.) **Saberes pedagógicos e atividade docente.** São Paulo: Cortez, 1999.

RABUSKE, Edvino. **Epistemologia das Ciências Humanas.** Caxias do Sul, RS: EDUCS, 1987.

REBELATTO, José R. e BOTOMÉ, Silvio P. **Fisioterapia no Brasil.** São Paulo: Manole, 1999

RODRÍGUEZ, Maria I. Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina. **Educación médica y salud.** Washington, v.29, n.1, p.32-49, ene./mar. 1995.

ROPÉ, Françoise e TANGUY, Lucie. **Saberes e competências.** O uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

SANCHEZ, Eugênio L. **Estudio preliminar del adiestramiento de fisioterapeutas en el Brasil.** Conferencia de Rehabilitación del invalido, promovida por la Organización Mundial de la Salud. México D.F., p.19-31, oct. 1970.

_____. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. In: **Atualização Brasileira de Fisioterapia.** São Paulo: Panamed, 1984.

- SANTOS, Boaventura S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.
- SANTOS, Lucíola L. de C. P. História das disciplinas escolares: perspectivas de análise. In: **Teoria e Educação**, n. 2, 1990.
- SAVIANI, Demerval. **Política e educação no Brasil: o papel do Congresso Nacional na Legislação do Ensino**. São Paulo: Cortez, 1988.
- SHEPARD, Katherine F. and JENSEN, Gail M. **Handbook of teaching for physical therapists**. Newton: Butterworth-Heinemann, 1997.
- SILVA, Tomaz T. **Documentos de identidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- _____. (2) **O currículo como fetiche**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PROFESORES DE TERAPIA FÍSICA. Ata constitutiva. México, D.F., 1969.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Médicos fisiatras lutam contra a invasão da área. **Folha da Tarde**, Porto Alegre, 22 mar. 1979.
- SONIS, A. y ROSAS, H. Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica. In **Educación médica y salud**. Washington, v.4, n.1/2, 1970.
- TESTA, Mario. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad e adecuación a la función. **Educación médica y salud**. Washington, v.4, n.1/2, p.48-70, jun. 1970.
- VEIGA, Ilma P. A., RESENDE, Lúcia M. G. (Orgs.) **Escola: espaço do projeto político-pedagógico**. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 2000.
- VILLA, Fernando G. **Crise do professorado: uma análise crítica**. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- World Confederation for Physical Therapy. **Principles and guidance for initiating the training of Physical Therapists**. South Devon, 1982.
- YOUNG, Michael F. D. **O currículo do futuro**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELO FISIOTERAPEUTA DANILO VICENTE DEFINE, À FISIOTERAPEUTA VALÉRIA RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, NOS DIAS 12 E 13 DE JULHO DE 2001.

V- Após eu ter falado para o senhor a respeito do meu trabalho, dos objetivos, etc, eu gostaria que o senhor iniciasse falando-me sobre o seu curso, a escolha da fisioterapia, etc

D- Havia uma vaga no Hospital das Clínicas, mais precisamente na Fisioterapia da Ortopedia (hoje Divisão de Ortopedia e Traumatologia). “Não há fisioterapeuta lá”, este nome nem existia. “A verdade é que estão precisando de alguém para trabalhar na Fisioterapia. Você quer trabalhar lá?” Disse-me meu cunhado, Nelson. Aliás, nem era ainda meu cunhado, eu era solteiro, noivo da irmã dele, Elza, hoje minha esposa. “Claro que quero, respondi. Estou desesperado por um emprego”.

E aí ele disse assim: “você quer?” Eu disse: “puxa vida Nelson, eu entro. Entro na Fisioterapia, mas não sei o que é.”

Fisioterapia, fisioterapia ... vinte e poucos anos de idade, já havia terminado o CPOR nesta ocasião, e queria trabalhar. Trabalhar em um emprego oficial. Digo isso porque eu sempre inventei alguma coisa para trabalhar... o interessante que foi sempre relacionado com ensino. Chegamos a fundar uma escola, com objetivo de complementar o estudo de pessoas com dificuldade. Ensinei a dominílio também, com os mesmos objetivos.

V- O que que é o CPOR?

D- Curso de Formação dos Oficiais da Reserva, do Exército, é o serviço militar, oferecido para alunos do então curso colegial. Havia concurso vestibular. Entrei lá. Completei o período de dois anos. Como é oferecido para quem está estudando, a permanência no curso variava. Tempo maior no período de férias, tempo menor só nos finais de semana, nos meses correspondentes às aulas. Durante a semana poderia haver um comparecimento extra, pernoite. Poderíamos dizer que se tratava de uma espécie de tarefa a mais.

E eu gostei muito daquilo tudo. As atividades em si, muito rigorosas. Todas voltadas para a formação de oficiais da reserva do exército. Atividades físicas, marchas, ordem unida, estudos de estratégias, trabalho de campo, trabalho em sala de aula. Preparação para comando. Você permanece um longo período com um grupo, cresce junto, sofre junto. No final, forma-se uma amizade sem limites, duradoura. Até hoje persiste.

São quase 50 anos de CPOR, até hoje conversamos. Durante estes anos todos nos reunimos várias vezes. Alguém, o Amim Cury, hoje advogado, depois de um certo tempo passou a coordenar esses encontros. Os locais, os convites, as atividades eram definidas por ele. As reuniões, podemos dizer que eram anuais, pelo menos uma vez em cada ano. Agora está um pouco parado tudo isso. Vários motivos, talvez a mudança do coordenador e o falecimento do Aldo, tenham provocado esta interrupção. Uma das últimas vezes nos reunimos no sítio do Amim, lá em Itú, quando em partida de futebol sofri ruptura de tendão calcâneo. Foi um período difícil. Embora eu já estivesse aposentado, tinha muita atividade em minha clínica, com vários fisioterapeutas trabalhando e minha mulher dirigindo. Alguns dias de internação, outros tanto com gesso, naquela posição danada. Algum tempo andando com auxílio de muletas. Bem, quando me vi livre do leito voltei para a clínica e trabalhei de muleta e tudo, como podia e mais ainda, como precisava.

Voltando ao CPOR, parece que fugi um pouco, foi um período conturbado. O mundo estava em guerra, a da Coréia. Meu grupo estava sendo preparado para o “front”. Você percebe então que tipo de amizade iria se formar. Que união. E como eu disse cada um fazendo alguma coisa diferente. Cada um cursando uma faculdade diferente. Há histórias bem bonitas a serem contadas. E nesse período, quando tudo já estava terminando, tinha eu algumas preocupações. Precisava continuar meus estudos, precisava trabalhar e já tinha idéia de casamento. Minha vontade de estudo sempre estivera voltada para a área da saúde. Já havia prestado concurso vestibular para Medicina. Duas vezes na “Pinheiros” como era chamada, não tendo alcançado média, acabei desistindo. Não havia ainda o vestibular integrado, com as opções para as carreiras. Apareceu mais tarde.

Quando fui na Ortopedia, muitas pessoas não acreditavam que eu pudesse continuar por causa de alguma coisa muito pesada que acontecera entre meu tio, professor de ortopedia, e o então, professor catedrático da Ortopedia o Prof. Godói Moreira. Diziam que eles eram inimigos mortais. Nunca fiquei sabendo exatamente a história completa. Mas parece que foi muito sério. Os dois haviam sido discípulo do Professor Puech e depois foi a disputa pela cátedra. Felizmente cada um ocupou lugar de destaque no cenário da medicina. Esta história deveria ser realmente muito séria, pois alguém que a conhecia melhor do que eu afirmou que eu não teria continuado se o professor Godói realmente soubesse quem eu era. Eu continuava a conversa dizendo: “mas todo mundo sabia”, “mas ele não sabia” ... “Se ele soubesse ele te enforcava”. Até hoje não acredito. Mas durante muito tempo, ainda me falavam desse assunto.

Entreí lá, sem saber realmente o que realmente era a Fisioterapia. Encontrei já um grupo trabalhando. Era a seção de Fisioterapia, da Ortopedia. Havia um chefe, médico, alemão, chegado após a II Grande Guerra, Dr. Hans Werner Sablowski, parece-me que também era recém contratado. Junto comigo também foi contratado René José Ohl, para seguir a “carreira”, mas acabou desistindo apesar de ter cursado o “Rafael de Barros”.

Já trabalhavam no setor de Fisioterapia, Lília de Almeida Leite, Carmem de Moraes, Clara Kögler Philip, Walter (não me lembro o sobrenome), que seriam fisioterapeutas mais tarde e Lázaro Ricardo da Silva, atendente, que permaneceu no cargo até o fim da vida.

Destes mencionados, o René desistiu, como falei e o Walter faleceu, de maneira muito trágica.

Havia uma secretaria, uma sala de espera de dois serviços de ambulatório. O primeiro andar do prédio, Ala Centro, era chamado Ambulatório de Mecanoterapia. Os pacientes recebiam neste setor tratamentos de termoterapia superficial, massagens manuais, exercícios. No quarto andar do edifício, havia outro ambulatório, chamado Ambulatório de Eletroterapia. Ali, os pacientes recebiam tratamento com Diatermia por Ondas Curtas, Ultra Violeta, Infra Vermelho, Correntes Galvânicas e Farádicas. Bem mais tarde, ultra-som. Também eram atendidos, nesse ambulatório, os pacientes com seqüela de poliomielite, porque, além das manobras manuais corretivas e os exercícios, recebiam terapia com as correntes: galvanização, faradização e estimulação elétrica. Era uma choradeira muito intensa. A criançada tinha muito medo.

Além desse dois “ambulatórios” o serviço atendia os pacientes internados. A chamada Enfermaria. Quando entrei fui logo deslocado para a enfermaria dos lesionados da coluna vertebral, com comprometimento neurológico grave, os tetraplégicos e os paraplégicos. Fiquei tanto tempo neste serviço, formando um outro grande grupo de amigos, igual ao do CPOR. Apesar de ser da Fisioterapia, eu era considerado da “casa”, apesar da predominância de pessoal fosse domínio da enfermagem. Ainda assim, para melhorar mais a situação, não estava muito bem definida a situação do “fisioterapeuta”. Era alguém que trabalhava com os pacientes internados, não era médico e não era da enfermagem. Quem era? Parece que começamos aí nossa luta.

V- Mas isso foi quando?

D- 1953. Precisamente em 01/09/1953. Aí, uma senhora, que era diretora do hospital de Ortopedia, diretora administrativa, médica Lourdes de Freitas Carvalho, realmente deu uma força muito grande ao hospital. Bem relacionada à Administração Hospitalar, provavelmente com curso também no exterior, não posso precisar. Certamente para ela também, (não é?). Deveria ser gratificante para ela: “sou diretora de um hospital bom”. Todos deveriam então concordar. “O hospital está bom; a diretora deve ser boa. Quando fui apresentado a ela, pelo meu diretor, imediatamente já se definiu que todos que estavam na Fisioterapia deveriam freqüentar o curso. Qual curso? Pensava eu.

Mais tarde fiquei sabendo qual era e realmente fui freqüentá-lo. Daqueles nomes mencionados acima, que faziam parte da equipe de fisioterapia, só três haviam concluído o curso: o médico Hans Werner, a Lília e o Walter. Na ocasião da minha admissão a Lília estava afastada por licença. Felizmente voltou um tempo depois, se integrando ao grupo.

Era quase final do ano. Fiquei os meses que restavam na enfermaria, chamada “enfermaria dos paraplégicos”, o famoso 2º B (porque ficava na Ala B, segundo andar). Fui reconhecendo o terreno e me inteirando do funcionamento do hospital. Sempre foi bom; desde o início. Estava feliz. Começavam os meus primeiros passos na Fisioterapia, a qual, há alguns meses, não tinha nem sequer o prazer de saber o que era. tenho que ser fiel às tradições e aos mestres. O Dr. Werner foi de fato o meu primeiro professor, tornou-se um grande amigo, aposentou-se antes de mim, e até esta data sempre estava presente para as discussões e os ensinamentos. Foi uma convivência excelente.

Ano seguinte, 1954, comecei o famoso curso, o único que existia no Brasil, para formação de “fisioterapeuta”. Você me pergunta durante quanto tempo. O período era de um ano, mas a carga horária era tão grande que poderíamos até dizer que correspondia a dois anos e até mesmo três anos. O dia inteiro e à noite. Pelo menos quando cursei foi assim. Esse curso já funcionava há três anos e permaneceu em funcionamento até o advento dos cursos patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), tendo sofrido algumas transformações durante esse período.

V- Hoje em dia seria uns 3 anos...

D - Não sei. Agora, o que sei é que me ensinaram muita coisa. Era o que correspondia na época à terapia corrente, Cinesioterapia, Massoterapia, Mecanoterapia, Eletroterapia, Fototerapia, disciplinas básicas: Anatomia, Fisiologia, Física, Química, Enfermagem, ... Saúde Pública, Patologia, ... Radiologia; talvez estas e outras que no momento não me recordo. Tudo isso era ministrado em forma teórica e prática. Havia já o conceito de estágio em vários setores e as patologias eram estudadas e tratadas.

V- Que curso que era esse?

D - Chamava-se “Curso Rafael de Barros” para formação de técnicos operadores em fisioterapia e técnicos operadores em Raio-X. Como talvez inicialmente organizaram o curso para técnicos operadores em Raio-X, por analogia puseram técnico “operador de fisioterapia” e assim aparece em meu diploma. Na época era diploma, mais tarde passou a ser “certificado de conclusão ...”. O “Curso Rafael de Barros” recebera este nome em homenagem ao Prof. Dr. Rafael de Barros da Cadeira de Física Biológica Aplicada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Durante muito tempo, por causa do mesmo curso, a Fisioterapia e a Radiologia ficaram ligadas. O Prof. Eugênio Lopez Sanchez e eu conseguimos, depois de muita luta, separar os grupos. Houve possibilidade para toda a ascensão da Fisioterapia, alcançando o nível que hoje tem.

Para ingresso neste curso havia um exame. Cada um dá um nome para esse tipo de exame. Teste, seleção, admissão, vestibular. Tenho que dizer que acabou sendo fácil o exame. Minha experiência com esse tipo

de coisa era boa. Havia saído do CPOR, minha formação básica tinha sido em um grande colégio, Colégio Nossa Senhora do Carmo, havia prestado vestibular para a Medicina. O nível de formação para ingresso no Curso Rafael de Barros, tenho impressão que era o 1º Grau. Não me importei com isso, pois já havia cursado o colegial. Mais tarde é que devo ter percebido. Não tinha muita certeza na época ...De qualquer forma, nos foi apresentado um programa para o teste e como havia muita gente conhecida que iria prestar o exame, estudávamos juntos.

Este curso era ministrado no 8º andar do edifício central do Hospital das Clínicas (HC), onde funcionava o outro serviço de Fisioterapia do HC. Lá trabalhavam, médicos das mais variadas especialidades e que depois se transformaram em fisiatras. Alguns haviam estudado fora do país; trabalhavam também os “técnicos em fisioterapia”. Alguns já haviam freqüentado o Curso Rafael de Barros, outros não. Esse grupo era dirigido por uma enfermeira que também possuía o diploma de fisioterapia do curso “Rafael de Barros”. D. Ocarlina Carneiro. Era encarregada de “formar” os outros. O diploma de curso superior lhe outorgava tais direitos. Dos outros, não médicos, que trabalhavam nesse setor, alguns, com o tempo, foram tomando rumos diferentes em suas vidas e outros permaneceram neste setor até a aposentadoria. Dois deles, a Palmira e o Maurílio Cardozo Dias, completaram outros cursos, conforme às exigências e receberam depois o título de fisioterapeuta, com direito a registro no CREFITO. Não me lembro se mais alguém também seguiu este caminho.

V- Exigia-se apenas o 1º grau...

D- 1º grau – isso mesmo, o curso que vai da 1ª a 8ª séries (ensino fundamental?) mesmo assim a coisa era complicada para alguns que se atrapalhavam. Muito contribui para que se preparassem para a prova; outros que também sabiam contribuíram como podiam. Depois de iniciado o curso, todos os que conseguiram ser aprovados sentiram ainda mais dificuldades por causa das disciplinas que eram ensinadas. Enfim, todo o esforço durante a preparação para o teste de seleção continuou até o fim do curso, conforme cada um podia. Os que sabiam um pouco mais sempre passavam informações e ensinamentos aos outros. Em troca, formou-se mais um grupo de amizade que jamais se dissolveu. Enfim estava eu com o diploma de Fisioterapia. Abençoado diploma. Sabia que não era tudo. Mas...

Havia um movimento para a instalação de curso de formação de fisioterapeuta nos moldes da Organização Mundial de Saúde, semelhante aos já existentes em vários países. Deveria ter uma entidade “mantenedora” deste novo curso. Foi criado então o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), posteriormente denominado apenas de Instituto de Reabilitação (IR). Enquanto se instalava essa instituição, o Curso Rafael de Barros para a formação de “técnicos operadores em fisioterapia” aos poucos se extinguiu, permanecendo para o Raio-X, nem sei por quanto tempo mais.

Você imaginou o meu desespero lá dentro. Trabalhando já há alguns anos, não me lembro quantos, não sei exatamente. É questão de verificar em documentos o ano em que foi fundado o INAR. A verdade é que eu não podia perder a oportunidade, não só eu, mas outros estavam na mesma situação especialmente, aqueles que iniciaram o serviço de Fisioterapia, como a Carmem, a Lília, o Maurílio, Clara Kögler e alguns outros que haviam sido admitidos posteriormente, Francisco Ragoni, Clara Biesek, José Roberto Define, meu irmão. Dizíamos nós, “não vamos ficar de fora”, “precisamos, devemos e queremos ser iguais”. Só que aí começou o drama. Já se vislumbra, para a formação de fisioterapeuta (o nome ainda não era este), o curso de formação universitária. Pelo menos os candidatos deveriam ter formação básica completa, isto é, curso “colegial”, como era antigamente.

O INAR, recém instalado, tinha as características de um verdadeiro Centro de Reabilitação e funcionava como tal. Ocupava, depois de grandes reformas, o mesmo lugar onde funcionou o serviço de Fisioterapia, no qual entrei em 1953. A Ala do Ambulatório ficou para algumas salas de aula e serviços. O restante do andar, salas do sagão e a Ala A, ficaram para a administração, secretaria e internação de pacientes, respectivamente. Além do pessoal pertencente à OMS, para constituir a equipe do INAR, foram admitidas várias pessoas com profissões diferentes. Alguns foram remanejados do próprio HC. Nesta leva, entraram para o quadro Eugênio Lopez Sanchez, nosso colega que você conhece e o irmão dele, Angel Lopez Sanchez.

V- Então, passou-se a exigir o ensino médio de hoje?

D- Daquele primeiro grupo mencionado, mais os outros admitidos a seguir, nem todos haviam completado este ensino básico. Não vem ao caso agora. O fato é que já havia certa diferença. Para a uniformização, pelo menos este título básico deveria ser conseguido.

V- Então o senhor foi fazer o Curso promovido pela Organização Mundial de Saúde?

D- Como iria ser instalado o curso nos moldes da OMS, alguns fisioterapeutas deveriam atuar como professores dos novos alunos. A formação nossa não era adequada. Algumas fórmulas foram postas em prática. Esses fisioterapeutas, futuros professores, deveriam ser preparados. Uma das fórmulas usadas foi organizar um Curso de Aperfeiçoamento, pelo menos para alguns. Freqüentaram este curso, ou prestaram provas equivalentes. Só que para os funcionários da Ortopedia, edifício que abrigada o recém inaugurado INAR, a questão era outra. O Eugênio e o Angel, não agüentariam sozinhos todo o trabalho. Deveriam cuidar dos pacientes internos e externos do novo instituto e também exercerem as funções de professores. Foi então que criaram o Curso de

Aperfeiçoamento, cujo diploma conferido precisa estar grudadinho no meu diploma do Curso Rafael de Barros, para que ambos tenham valor. Então, eu tenho os dois cursos que realmente se completam tanto em carga horária como em disciplinas para a equiparação. Foi nesse curso que eu tive a primeira professora fisioterapeuta.

V- Só aí?

D- Só aí que eu fui conhecer uma fisioterapeuta que podia me ensinar Fisioterapia, do jeito que eu queria aprender ... do jeito que eu sabia que deveria aprender. Eu lia muito sobre o assunto.

V- Mas o senhor já sabia a prática?

D- Sabia por mim, eu tive que estudar. Aprendíamos juntos. Quando terminei o Curso Rafael de Barros, um tempo depois, após “sabatina” realizada na casa de meu primo, Ivo Define Frasca, meu padrinho de batismo e depois de profissão, médico ortopedista, fui trabalhar com meu tio, Prof. Domingos Define, aquele da rincha com o Prof. Godói. Trabalhava com ele e com meu primo, aquele da “sabatina”, no Instituto Paulista, um centro hospitalar no meio de um parque, rodeado por jardins à sombra de árvores gigantes e belíssimas, bem no coração da Avenida Paulista, São Paulo. Era de construção antiga, porém pelas características horizontais, oferecia segurança e tranquilidade. Por motivos vários o hospital fora vendido, alguns anos depois, cedendo lugar a edifícios e largas avenidas. Continuamos juntos por muito tempo ainda, depois em outros endereços. Nesta função nova, acompanhando outra escola de pensamentos, atendendo pacientes “particulares”, sozinho tive que crescer. Cada vez estudava mais e sentia que poderia render. A confiança que inspirava neles era tanta que vez por outra minha opinião é que prevalecia na programação do tratamento. Imagine você como era grande minha responsabilidade profissional. Tenho certeza que nunca decepcionei. Após terminado o exame do paciente eu era chamado ao consultório deles para opinar sobre o problema: “qual sua opinião sobre este paciente?”, “que tipo de cuidado de Fisioterapia você sugere?”. Você imagina Valéria, aquelas pessoas importantes para mim, pela profissão e pelo parentesco, me tratando daquela maneira; só poderia ter feito bem. Era uma equipe tão boa, desde o tempo do Instituto Paulista, outros médicos, enfermeiros, técnicos de raio-X. Não há dúvida foi uma grande escola para mim. Trabalhei com eles muitos anos, antes e depois do Instituto e do curso no México.

Terminou o curso. Foram 6 meses. Eu queria ser o primeiro. E fui o primeiro. Ah!... Anatomia então pra mim era uma delícia. No curso “Rafael de Barros”, pelo menos na minha turma, a anatomia era diferente. Poucas vezes no laboratório. Não tínhamos condição de avaliar o fato naquele momento. Para nós só podia ser assim mesmo. Já deveria ser uma imposição? ... muito tempo depois verificamos a diferença. Durante os seis meses era Anatomia dentro de um laboratório montado para o curso, com peças para trabalhar. Todos participavam. Pela vontade que tinha, parecia até mesmo que eu já tinha trabalhado com todas aquelas peças. Não era tão difícil.

Nas aulas de anatomia perguntavam sobre determinados músculos e eu acertava. Era incrível. Até eu me assustava. São coisas que não têm explicação lógica. Conto isso não para me vangloriar, mas para relatar o fato que ficou marcado. O professor dizia, “o rapaz da Fisioterapia acerta tudo”. A frase não foi bem entendida e trocaram “rapaz” por “pai”. Daí para frente eu era chamado o “pai da Fisioterapia”. Mais uma responsabilidade nos meus ombros.

Com esse novo “título”, ia subindo, por minha conta ou de meus colegas. Sempre havia uma coisa nova a ser feita; um curso, uma palestra, um congresso. Tudo que estava ligado à área da saúde e da Fisioterapia procurava participar. Você sabe, sempre mexe e pode até mesmo incomodar. Infelizmente a vida é assim. Estamos tentando mudar. Está difícil.

Mesmo sabendo das minhas limitações e das grandes barreiras não desisti.

Chegou a hora de reconhecer o “diploma” ou “certificado” de todo mundo. Quem seria “todo mundo”. Nesse período nem estávamos no Brasil. O Eugênio e eu estávamos no México, freqüentando o curso.

V- Era hora da aprovação?

D- A aprovação do certificado ... reconhecimento da profissão de “fisioterapeuta”.

V- Em 69?

D- “Então, eles não estão aqui. Só que estes dois que estavam lá, deveriam também ter esse reconhecimento. Como vai ser?” “Porque teriam resolvido tudo isso bem agora que estavam fora do país...”

V- Os dois de quem falavam eram “por acaso” o senhor e o Eugênio?

D- O Eugênio e eu. Bem esses dois. E agora. O pessoal falava daqui. “E agora Danilo, como vai ser ... o que vai acontecer? Você vai voltar para cá, nós temos o título, vocês não”.

Acalmem-se, afirmávamos nós: “Nada vai acontecer”. Havia uma certa dúvida com relação à preocupação conosco. Queriam que fôssemos reconhecidos ... ou não. Claro que sempre houve correntes...

V- De falar que não iriam ter o reconhecimento?

D- De falar que eu não iríamos ter. Para o Eugênio era um pouco diferente. Fomos então, na volta para o Brasil, diretamente à Reitoria da USP. Deveria ser uma coisa muito rápida. Cada minuto tinha a conotação de um século. Estabelecemos uma estratégia. Nesta época já haviam modificado a administração do serviço de Fisioterapia e inclusive ampliado o número de funcionários. O curso de aprimoramento, os novos cursos, a participação de todos nós nesse processo. Era tudo bastante diferente. Já havia um fisioterapeuta como diretor, por sinal era a Lília, que já falamos. Ela era uma das que havia concluído o ensino básico, como eu disse. Decidimos então organizar um plano de ação. O atendimento não podia ser interrompido. Alguém precisava cuidar do reconhecimento. Como fazer? Bem, então fomos nós, a Lília e eu. Fizemos amizade com a assessora do Reitor, D. Julieta. Então decidimos que não adiantava levar muita gente para tratar do assunto. um grupo ficava para dar cobertura no atendimento e nós dois, sabe Deus quantas vezes por semana e durante quanto tempo nos deslocávamos para a Reitoria da USP em busca de uma orientação para solucionar nosso problema.

Esta foi uma das grandes batalhas empreendidas por nós. Aliás, uma das batalhas.

V- Para tentar legalizar o curso de vocês?

D- Meu curso, meus títulos, meu diploma. Muito bem. “Danilo e Lilian...vocês vão ter os títulos reconhecidos, mas somente aqueles que tiverem diploma do curso básico, o “colegial” completo, como era o nome na época, e também o diploma do curso de aprimoramento ministrados pela OMS, lá no HC. Os outros terão que apresentar o certificado do 2º grau”.

“Oh meu Deus! Como vamos deixar essa turma de fora? Esses também fizeram a Fisioterapia. Afinal eles nos deram cobertura para nossa idas à Reitoria da USP. Afinal todos participaram do processo”. Mereciam a mesma oportunidade ...

V- E já eram muitos nessa época?

D- Eram 4 pessoas sem o curso do 2º grau.

V- 4 tinham feito o curso ...

D- Todos, junto comigo...

V- Da Organização Mundial de Saúde...

D- O curso de Aprimoramento do INAR, aquele de 6 meses, com a professora de Fisioterapia. Só que alguns precisavam apresentar o certificado do 2º grau. A partir daí, a Lília e eu, não podíamos fazer mais nada. Dependia única e exclusivamente de cada um. Você imagina que rebuliço. A idade de cada um variava bastante. Alguns já com bastante idade e que há muito tempo haviam deixado os estudos básicos. Deve ter sido um sofrimento muito grande. Eu não me lembro se havia algum prazo determinado para apresentar a documentação exigida. Estavam as coisas mais relacionadas com o próprio contrato de trabalho e a diferença de salário. Todos cumpriram a lei. Foram honestos e buscaram as soluções. Sei somente que tiveram que se deslocar muito nestes “Brais” em busca dos cursos e exames. Mas apareceram os diplomas de todos eles. O Reitor permitiu então que todos os diplomas deles fossem registrados. Está tudo registradinho. A partir de então somos todos fisioterapeutas, apesar do título que consta no diploma ser outro. Com essa demora toda, nem sei quanto tempo, deve estar registrado no diploma, os números de registro do CREFITO são diferentes. O meu é 1043-F.

V- Podia ser outro número?

D- Não sei. Podia ser o 1, podia ser o 2, não sei. Desse aqui eu não sei. Da Associação Brasileira de Fisioterapia, que foi sorteio, meu número é 4.

E a história chegou aí. Éramos muito importantes no cenário nacional, pois esse grupo deveria ensinar os alunos que estariam frequentando o curso do INAR. O curso já não estaria ligado a uma cadeira da Faculdade de Medicina da USP, pelo menos em termos. Era o curso do INAR.

V- Que é do próprio Hospital das Clínicas?

D- Que não era mais Hospital das Clínicas só, era Brasil. Já era do Instituto Nacional de Reabilitação.

V- Por que que teve esse interesse da Organização Mundial de Saúde em montar esse curso aqui no Brasil?

D- Deve ter havido muitas razões ... porque... porque..., porque o paciente precisa ser muito bem atendido por um profissional bem preparado. Talvez isso, talvez outras coisa. Não sei ao certo. Isso era assim no mundo inteiro, principalmente após a II Guerra Mundial que deixou muitos militares com seqüelas gravíssimas e precisavam voltar à sociedade com alguma utilidade tanto para eles como para a nação. Esta força para impulso da reabilitação e todas as profissões a ela relacionadas foi mais evidente nos Estados Unidos. O Brasil estava

crescendo e precisava também acompanhar os progressos nesta área. A área da saúde estava em franco desenvolvimento.

V- E aqui eles trouxeram com qual objetivo?

D- Você se lembra do Presidente Roosevelt? Ele tinha uma grande ligação com o Brasil, desde o tempo da guerra. Tinha também uma ligação com o Prof. Godói Moreira, tendo inclusive sido doada ao Hospital de Ortopedia a bengala que ele usava e que está exposta em um quadro no saguão do hospital. Havia grande amizade entre os dois presidentes Roosevelt e Getúlio Vargas. Fotos da época comprovam. Se visitavam como chefes de Estado.

Além desse relacionamento político-administrativo, outra coisa ligava os dois. Há relação da doação do “pulmão de aço” para o Hospital das Clínicas e o início do que hoje conhecemos bem com o nome de UTI. Durante muito tempo aquele dispositivo serviu para cuidado dos pacientes acometidos por poliomielite em grande número pelo surto alarmante daquela época. O “pulmão de aço” era de grande utilidade para comprometimentos respiratórios graves. Você não ouviu falar dele pelo menos? Acredito que sim.

V- Eu ouvi falar, hoje ainda existe de uma forma diferente.

D- Pois é. Toda influência política do Prof. Godói Moreira e a força de vontade trouxeram para o Brasil o Instituto Nacional de Reabilitação. E assim foi. Conseguiram levar para o Hospital de Ortopedia o INAR. Funcionou durante muito tempo ali, no 1º andar do prédio, como eu já disse. Então o 1º andar era isso. Um serviço inovador, diferente. Podia trabalhar daquela forma porque inclusive o número de pacientes era limitado, ou melhor, adequado às possibilidades da instituição. Ali atendiam os “clientes”, nome dado aos pacientes para definir melhor a situação desse grupo de pessoas que procurava atendimento. Discutia-se muito em equipe. Que é isso? Nós aqui não estávamos acostumados a essas coisas. Todos participavam. Tanto os recém chegados estrangeiros e os brasileiros contratados. Vez por outra nós participávamos dessas reuniões. Era muito difícil. O idioma era o inglês. Para alguns de nós muito complicado. Inclusive Mr. Albright, pessoa boníssima, mas com uma dificuldade muito grande para se expressar, e quem sabe para se fazer entender, ou quem sabe ainda porque nós não conseguíamos entendê-lo. Tenho certeza que no final tudo acabou ficando em ordem.

V- Mas esse Instituto de Reabilitação tinha curso só de Fisioterapia?

D- Não, não havia nada ainda. O que havia era atendimento e pra atender os que procuravam ou eram encaminhados, precisavam de profissionais de Fisioterapia, daí, instalaram o curso de graduação, com duração de dois anos. Então era um curso de graduação em Fisioterapia... Como vai ser esse curso de Fisioterapia? Vai ser nos moldes da Organização Mundial de Saúde e da *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*? E então o que precisa? ...Professores para as matérias básicas... Anatomia, Fisiologia, Patologia etc.; estes seriam aproveitados da Faculdade de Medicina. Professores para as disciplinas complementares, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e outras ... alguns já pertenciam ao quadro do Hospital das Clínicas ou estavam contratados pelo próprio INAR, Matilde Neder, psicóloga; Neide Tozetti, Terapeuta Ocupacional e alguns outros que não me recordo. Tanto para as disciplinas profissionalizantes (Fisioterapia) como para as disciplinas clínicas, também escolheram os professores do quadro da Faculdade de Medicina. Alguns médicos fisiatras, do antigo curso Raphael de Barros, se ocupavam de parte destas disciplinas. Como já estava funcionando também o serviço de Fisioterapia do INAR, os alunos deveriam estagiar neste local. Não me lembro muito bem se era somente “ginásio” de atendimento ou também atendiam na “enfermaria”. Não tenho certeza disso tudo. O prof. Eugênio pode contar com maiores pormenores, porque ele pertencia ao quadro do INAR. Além do acompanhamento do estágio, função inicial dos fisioterapeutas neste “novo” curso, parece-me que eram ministradas algumas aulas teórica. Bem no começo eu não sei exatamente. Mais adiante um pouco, acho que sim. É muita informação ao mesmo tempo, que não dá para precisar o período exato das modificações. Além do mais elas foram processadas aos poucos. Eu sei que, de qualquer maneira, eu deveria também participar desta equipe. Realmente não tinha idéia de como e quando. Só me lembro que o “ginásio” do INAR era insuficiente para atender às necessidades dos alunos, não só em espaço físico como também em diversidade de patologias. O curso funcionava dentro do Hospital de Ortopedia, como já disse. Funcionava este hospital com todos os seus serviços muito bem estruturados e em condições de receber alunos para estágio, como fazia já com outras profissões, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição. Recebia também, vez por outra, alguém interessado em Fisioterapia e acabava estagiando também. Não havia regulamentação na época, então qualquer interessado podia solicitar o estágio. Daí, por que não atender também estes alunos do curso do INAR, com regulamentação própria e esquematização oficial, pelo menos nos moldes da *OMS/WCPT*. E assim foi feito. O documento oficial não sei se existe; deve haver. ...os alunos começaram o estágio também na Ortopedia, como era chamado o Hospital. Como eu estava interessado e engajado no processo de ensino da Fisioterapia, creio que servi de elo entre as duas entidades, pelo menos, participei das discussões iniciais.

Eu me dediquei bastante ao curso, pelo menos me interessei. Mais tarde iria participar ativamente do ensino da Fisioterapia, fazendo parte da equipe e acompanhando todas as transformações que foram acontecendo. E sofrendo com elas, quando não estavam do nosso agrado. E foram muitas.

Nesse período inicial, alguns colegas aceitaram acompanhar os alunos nos estágios e cada um, dentro de seu setor, foi recebendo um número adequado de alunos, conforme a disponibilidade, inclusive do espaço físico.

Depois de algum tempo de funcionamento deste “novo” curso, o curso do INAR, resolveram unificar os exames “vestibulares”, tornando o curso como parte de todos os oferecidos pela USP. Os candidatos passaram então a se inscrever diretamente na USP, seguindo as orientações. Nessa época surgiu a questão das opções, com as vantagens e desvantagens que ela oferecia.

Deveriam surgir candidatos aprovados com características diferentes. Poderia acontecer que algum nem soubesse bem o curso que iria frequentar. De qualquer forma eram diferentes dos primeiros que haviam procurado o curso do INAR com objetivos bem definidos. Claro que isso é bem genérico e quem sabe, nem tenha acontecido. Embora esteja dizendo sem muita prova, me lembro ainda que muito se discutia a esse respeito na época.

V- A prova que o senhor fala? O vestibular?

D- O vestibular hoje FUVEST, mas tinha um outro nome. E aí foi uma grande “briga” com aquilo que te falei a pouco. Nem sei se o prof. Eugênio falou alguma coisa a respeito. Mas a prova que estou falando é sobre a discussão a respeito das características dos candidatos.

V- Não, não...

D- Ele não falou porque estava bem dentro do sistema, ele e o irmão, o professor Angel. Ambos eram contratados do INAR, tendo ficado como professores do curso e eu era “emprestado”. Eles eram os oficiais do curso, e eu o emprestado. Não era nem comissionado. Mesmo assim, ficamos juntos muito tempo. Trabalhamos juntos durante muito tempo... muito tempo; foi muito bom, muito gostoso. Nos intervalos de trabalho sempre dava uma escapada para falarmos sobre os cursos, os planos. Sempre tivemos muita coisa em comum.

Bem! Chegou a época em que não podíamos mais ficar amarrados... o curso de graduação em Fisioterapia deveria estar incluído como curso da USP. Tinha que ser... tinha de ser. Você pode imaginar então; a confusão estava estabelecida.

Muitos “cursos” funcionando quase ao mesmo tempo, com profissionais egressos de cada um deles. A “mesma” formação, ainda sem regulamentação. Deveria haver uma força aglutinadora. Veja como ficou na época.

Curso Rafael de Barros junto com todos que haviam concluído sua formação através dele; o prof. Eugênio e o Irmão, prof. Angel, com formação diferente; o curso do INAR, também com os egressos dele e agora o curso da USP. Coloco essa denominação apenas para definir melhor cada um deles porque, na verdade, todos eles eram da USP, desde o primeiro, o Curso Raphael de Barros. A diferença estava na forma de admissão, ou melhor, nas regras para admissão.

V- O prof. Eugênio e o irmão dele fizeram outro curso?

D- Os dois fizeram também o Raphael de Barros e mais algum outro que foi oferecido a eles pelo INAR. Não me lembro se foi curso ou outra forma qualquer de equiparação. Aquele de aprimoramento eles não fizeram, aquele de seis meses oferecido pelo INAR.

V- Certo...

D- Fizeram para eles dois só.

V- Mas da Organização Mundial de Saúde também?

D- O da Organização Mundial de Saúde, através do INAR, de seis meses, eles não fizeram.

Daí, como eu te falei: era o curso (ou equiparação) do Eugênio, reconhecido; os meus dois Raphael de Barros e da OMS/INAR, reconhecidos; o do INAR, de dois anos, também reconhecido e agora, o da “USP”, e o da FUVEST. Quantos “fisioterapeutas” foram formados? 10, 15 ...por ano? Quantos já estavam trabalhando 45, 50...? Não sei. Podemos até pesquisar esse assunto. Talvez haja possibilidade, nos arquivos ainda existentes, tenho uma leve lembrança, que uma vez eu tentei encontrá-los tendo sido declarados “arquivos mortos”. Fui também neste novo depósito mas não me lembro de ter tido algum sucesso. Nem sei se alguém foi procurá-los.

V- Havia mesmo uma prova para admissão? A Sônia Guzman me falou que ela fez essa prova.

D- Ela foi a primeira, não foi? A primeira turma, foi a dela, não foi? Ou a segunda? Não sei bem.

V- Foi a primeira turma que saiu da USP, se eu não estou enganada, foi isso mesmo.

D- Foram muitas pessoas e nós temos que achar um jeito de juntar todo esse pessoal, e acabar a história de dizer de onde é, de onde não é ... e acabou ... é a mesma coisa... o que aconteceu é que um foi “comendo” o outro ... ou acabou aquele porque o outro começou ... o outro entrou porque era melhor ... mais adequado à orientação internacional ... e assim foi ...

E aí, temos que aceitar. Voltando a 1959 ... foi uma esperteza muito grande de um grupo, Eugênio e do irmão dele, Angel, Danilo, José Roberto, Carmem, Maurílio ... bem políticos, muito inteligentes ... aquela cabeça de 50 anos à frente..., “vamos formar uma Associação” ... “mas não vamos falar pra ninguém” ... “vamos esconder tudo por aqui, senão na primeira curva estaremos arrebitados”... foi escondido mesmo. Já tínhamos, naquela época, medo de evasão de informações.

Quando tudo estava pronto, toda documentação exigida, em ordem, faltava apenas a cerimônia oficial de instalação. Queríamos que ela fosse pública e com a presença das maiores autoridades na Fisioterapia e na saúde. Escolhemos o local ... não é bem escolhemos ... o Eugênio e o meu irmão, José Roberto escolheram o local. A história é bem essa. Conseguiram uma vaga no grande auditório da Associação Paulista de Medicina ... bem na “boca do lobo”, honestamente, na “boca de alguns lobos”. Era um momento crucial. Era a hora do parto. Deveria nascer um novo gigante? Quem poderia saber? Nós sabíamos. Alguns outros temiam. Deveria ser convidado um médico muito importante, muito ligado à formação do “fisioterapeuta”, Dr. Roberto Taliberti. Nunca ficou bem definida a situação, mas ele deve ter ficado muito tenso e preocupado ... se tivesse intenções diferentes... o convite para a cerimônia indicava que os “fisioterapeutas” estavam fundando uma associação ... algo poderia advir... era assustador. Mais tarde, com o passar dos anos, conseguimos até formar amizade... mesmo com outros incidentes... nunca pessoais...o assunto era a Fisioterapia e a Fisiatria, bem mais do que a Fisioterapia e a Medicina. Parece que a história se repetia sempre... infelizmente é a minha impressão...pode não ter sido nada disso...

Voltando à cerimônia da instalação da Associação Paulista de Fisioterapia, o convite ao Dr Taliberti deixou-o por um lado preocupado e por outro, satisfeito. Seria a autoridade máxima presente? Poderia ser o presidente da mesa?...

Realmente nós também estávamos preocupados com a reação...nosso período de espera havia sido muito longo...suspeitávamos de algumas coisas... E ...convidamos também o Prof. Dr. Domingos Define, catedrático da Medicina... meu tio... os dois aceitaram o convite e compareceram ... meu tio presidiu a mesa...ungiu nossas cabeças com um título com a associação ... a Associação Paulista de Fisioterapeutas, inicialmente, depois Associação Brasileira de Fisioterapeutas, hoje Associação Brasileira de Fisioterapia ... essa associação grandiosa, essa força imensa que ninguém pode mexer...essa associação que lutou por tudo isso que hoje temos ... essa associação congregou todos os “fisioterapeutas” e daí para frente você mais ou menos sabe...

Foi às escondidas, foi às claras ... falando com um ... falando com outro...escondendo de alguns ... mostrando para outros... estávamos nós e estavam os egressos de todos os cursos lá dentro.

Candidatos de várias partes apareciam para os cursos, com vestibular, sem vestibular e com a bolsa de estudos. Candidatos de vários estados do Brasil, vários países, pelo menos da América do Sul... Havia vestibular... era aprovado ... havia convênio... sem vestibular ... todos com instrução básica exigida. Aí estamos nós, aí está você... essa é a nossa força... essa é a minha força...

Por essa e outras tantas razões havia necessidade de mudar o currículo. Deveria ser uma estrutura condizente com as necessidades e com a grandeza de empreendimento... Muitos trabalharam para isso...é bom não mencionar ninguém, não colocar nenhum nome na lista porque no momento posso me esquecer de algum, além de indelicado causaria muita mágoa...

V- A Eglacy era a presidente da ABF quando a profissão foi reconhecida?

D- Não me lembro exatamente. Sei que no período de nossa viagem ao México as reuniões eram realizadas na casa de outra colega, a Ana Lúcia Rossi. Eu me lembro que algumas reuniões eram realizadas na casa da Eglacy, aliás uma daquelas memoráveis, com decisões importantíssimas para a profissão...

Veja só. Tínhamos muita coisa a fazer, muita coisa, mesmo... não estávamos satisfeitos com aquilo... vamos trabalhar... vamos trabalhar... e surgiram esses currículos todos...aquele daquele jeito... o outro um pouco melhor...e assim fomos seguindo...curso de 1 ano, de dois, de três, de quatro...de cinco.

Terminou o Instituto de Reabilitação como entidade assistencial mas continuou por algum tempo administrando os cursos de graduação de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Precisou transferir suas instalações para o prédio da Faculdade de Medicina. Neste mesmo período começaram as reuniões e discussões para a instalação da Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro (DRPV). Ficaria essa nova entidade substituindo o IR com características de um verdadeiro centro de reabilitação, diretamente subordinado à Divisão de Hospital Auxiliares do Hospital das Clínicas. Fui convocado pelo Superintendente do Hospital das Clínicas para fazer parte da comissão especial de preparação, instalação e funcionamento deste novo centro. Durante esse período me desliguei das atividades docentes e assistenciais e me dediquei, em tempo integral ao projeto, desde o início até sua inauguração. Faziam parte desta comissão alguns profissionais do antigo IR e do Hospital das Clínicas.

Apesar de resoluções com respeito ao funcionamento da DRPV e indicação futura para os cargos diretos, que não deveriam ser ocupados por nenhum membro da comissão de instalação, não puderam ser cumpridas e, praticamente toda a diretoria da DRPV fora ocupada pelos membros da comissão. Para o caso específico da Fisioterapia, fora indicada a colega Lília de Almeida Leite, tendo permanecido no cargo até sua aposentadoria. Minha indicação fora bloqueada porque já estava na Coordenação do Curso de Graduação em Fisioterapia da USP. Mesmo assim, depois da aposentadoria da Lília, fui chamado e ocupei o cargo de Diretor do Serviço de Fisioterapia da DRPV. Hoje não sei dizer se foi felizmente ou infelizmente. O que me lembro foi um acúmulo de cargos...Diretor de Serviço, Professor e Coordenador. Não cabe aqui continuar essa história, mas deve ser, pelo menos mencionada pela sua importância no processo dos currículos.

Quando estava na coordenação do curso da USP, havia uma médica que nos “amava” de verdade. Tínhamos grande veneração uns pelos outros. Dr^a Hedda Penna, pediatra, uma das diretoras do Instituto da Criança, lá no HC. Havia sido indicada pelo então diretor da Faculdade de Medicina da USP, Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz para dirigir os cursos de graduação em Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. A Dr^a Hedda trabalhava com o Prof. Dr. Marcondes Machado, um dos catedráticos de Pediatria e o Prof. Dr. Antranik, outro catedrático de Pediatria. Todos eles, por uma razão ou outra, tinham uma estreita ligação comigo. Tudo isso começou quando acompanhei o tratamento da filha do Prof. Machado. Ela havia sido encaminhada por um médico meu amigo, ortopedista, para cuidados. Com o Prof. Antranik, ocorreram também situações semelhantes, ou por atendimento de seus familiares ou de seus pacientes.

Nessa época fora constituída outra comissão, desta vez para instalação do Hospital Universitário, lá na Cidade Universitária, presidida pelo prof. Marcondes Machado, aquele da Pediatria... para representar a Fisioterapia, fui eu convidado. Algumas providências conseguimos tomar, sem, entretanto, chegar ao fim do projeto, porque com a mudança de governo do Estado, também a comissão foi alterada, sendo presidida por outra pessoa... a Fisioterapia foi então representada também por outra pessoa...desta vez não era mais fisioterapeuta...

Bem tudo isso foi à frente e conseguiram concluir a obra...hoje já deve estar tudo funcionando...não sei se completamente...pelo menos o curso de Fisioterapia está lá...

Aí está um pouco da história...olha, meu Deus do céu... são quase 50 anos de história...certamente não cabe numa fita...

V- Não cabe não...(risos)

Eu gostaria de saber o seguinte: como foi essa ida de vocês para o México? Qual foi o objetivo de fazer o curso?

D- Porque os professores, inclusive nós, não tinham formação técnica completa pra ensinar, a não alguns que já lecionavam, tanto aqui no Brasil como em outros países da América Latina, pelo menos... não tinha conhecimento de outros centros,...mas não havia nada assinado, nada oficial... Quem era o melhor? Quem poderia representar o país... pelo menos a Universidade...tenho a impressão que fui escolhido pelos diversos cursos freqüentados, inclusive aquele do INAR e também pela dedicação ao ensino. Caso o critério tenha sido este, hoje continuo afirmando que fizeram escolha certa...tenho certeza que não decepcionamos...

Eu sei que muita gente choramingou, esperneou; muita gente blasfemou...berrou...havia certa razão para tudo isso...realmente era uma oportunidade sem par que se apresentava...outros também podiam merecê-la... Sabemos que outros fisioterapeutas foram convidados...mais um de São Paulo e dois do Rio de Janeiro... na ocasião do embarque não estavam em condições de se ausentar do país, alegando problemas particulares...durante algum tempo ainda conversávamos... não estou me lembrando quem eram...já faz muito tempo...

V- E quem que fez essa seleção?

D- Essa seleção foi da OMS através da WCPT porque nós éramos muito conhecidos nestas entidades. Liderávamos aqui no Brasil todos esses movimentos relacionados com a Fisioterapia, ligados a várias associações de classe.

Você me pergunta de quais associações participei ...de todas...

V- Todas...

D- Pois é, sou. O Dr Robin-Smith, médico, era uma pessoa muito importante na WCPT e na OMS, coordenador dos serviços da OMS para a América Latina. Ele trabalhava nos escritórios setoriais da OMS, conhecido como (Organização Panamericana de Saúde). Pessoa muito fina, educada e delicada... se esforçava muito para que o brasileiro subisse.. não só o brasileiro mas todos os profissionais de saúde da América Latina, seu campo de atuação. Era inglês.

V- E eles fizeram esse curso para os fisioterapeutas da América Latina?

D- Da América Latina, desde o México até a extremidade sul Argentina-Chile.

V- E por que foi no México?

D- Porque lá, havia todas as condições políticas, administrativas, científicas e técnicas para receber em sua capital a Cidade do México, com quatro escolas de Fisioterapia.

V- E quantos fisioterapeutas foram?

D- Dezenove, assim distribuídos: 3 argentinos, 2 chilenos, 2 uruguaios, 2 brasileiros, 2 colombianos, 2 venezuelanos, 2 guatemaltecos e 4 mexicanos. Alguns já exercendo a função de professores, contratados e com título, outros exercendo, porém sem título, outros ainda nem exercendo mas trabalhando em alguma instituição de ensino de Fisioterapia. Tenho na cabeça a fotografia de cada um. Alguns já vieram para o Brasil, em minha casa. Alguns até se hospedaram em minha casa. É uma história muito bonita...muito bonita e comovente...merece um capítulo à parte...é uma história que ainda continua...

V- Vocês ficaram quanto tempo no México?

D- Um ano. Um ano de manhã, de tarde e de noite, domingos, feriados, trabalhando...estudando..., organizando festa, participando, mudando de moradia, pintando...Aproveitando cada instante da viagem e da estada naquele país maravilhoso. Eu levei toda minha família, minha mulher e minhas três filhas; o Eugênio também morou conosco; nossa casa era o centro das atenções, das reuniões, dos estudos prolongados...das noites sem dormir preparando os trabalhos, completando alguma pesquisa...

V- E nesse curso professor, qual que era o discurso dos professores?

D- Este curso era isso: você tem que sair daqui mestre pra ensinar Fisioterapia. Então foi isso. Mestrado em Educação, voltado para a Fisioterapia... era isso.

V- O que que mudou pro senhor?

D- Mudou tudo...

V- O que que o senhor pensava da Fisioterapia e o que ...

D- Não, não... isso não mudou; mudou como ensinar..., ensinar Fisioterapia...

V- E a filosofia?

D- A filosofia que me guiava e não conseguia passar para cá e ainda sinto que não posso...era isso que eu queria... eu precisava dessa coisa que me ensinaram...eu precisava que alguém me dissesse: “Danilo, você está certo...”

Desculpe se eu estou contando esta história... mas é verdade. Eu não admitia e ainda não consigo admitir... nota... prova, nada disso eu admito...e “eles” e o “curso” me mostraram que tinha razão. Eu fui pra lá pra isso... eles me ensinaram que existe outra forma de ensinar e avaliar ... me mostraram que nota, prova... pode até ser “besteira” ...as disciplinas de Filosofia, Psicologia, Pedagogia como básicas auxiliares mostraram claramente o caminho para ensinar e avaliar...o valor do binômio ensinar-aprender...é tudo muito bonito, excitante...também muito difícil aplicação...ainda estou tentando...aprendo muito sobre Fisioterapia, tanto terapias manuais como aquelas auxiliadas por aparelhos e equipamentos; vi muitas coisas novas, diferentes, formas de atendimentos individuais...em grupo...a domicílio...em comunidades carentes...aprendi administrar escola de Fisioterapia...aprendi a planejar, organizar e colocar em funcionamento uma escola de Fisioterapia...aprendi técnicas especiais de tratamento como foi o caso do Método Kabat... foi tudo isso...e...muito mais.

E como se ensina Fisioterapia? Eu tenho um programa aqui que eu vou te entregar.

V- Quem era mesmo seu tio, que o senhor falou, do Hospital das Clínicas?

D- Não. Meu tio era da Escola Paulista de Medicina, prof. Dr.Domingos Define,.

V- Foi ele quem falou para o senhor ir trabalhar no Hospital das Clínicas?

D- Não, foi o meu cunhado. Meu cunhado que trabalhava na Contabilidade do Hospital das Clínicas; que posteriormente ocupou o cargo de Diretor da Contabilidade, até sua aposentadoria. Parece que o nome do setor é outro, não sei bem...

V- Não havia ficado muito claro pra mim.

Quando o senhor começou lá no HC, em 1953, já havia outros serviços de fisioterapia no Brasil?

D- Não...pelo menos é o que penso. Nunca fiz pesquisa sobre o assunto. Na época não se falava de nenhum outro serviço.

V- Nem no Rio de Janeiro?

D- Parece-me que surgiram depois.

V- Então eu posso falar que o senhor foi o primeiro fisioterapeuta a trabalhar com Fisioterapia aqui?

D- Não. Quando eu entrei no HC, já havia o serviço. Já estavam trabalhando na Ortopedia, onde fui contratado as “fisioterapeutas” Clara Kögler e Carmem de Moraes e o “fisioterapeuta”, Walter; um médico, Hans Werner e um atendente, Lázaro. Antes da inauguração do Hospital de Ortopedia eles trabalhavam no edifício central, me parece que era no mesmo andar onde funciona o Pronto Socorro. Ali entramos nós dois, o René e eu. Isso na Ortopedia.

No edifício central do HC, funcionava o outro serviço de Fisioterapia, no 8º andar, local onde funcionava também o curso Raphael de Barros, da cadeira de Física Biológica Aplicada. Esse serviço funcionava há muito tempo. Eram cinco “fisioterapeutas”, Lázara, Palmira, Clarisse, Geralda de Paula, também auxiliar de enfermagem, e Ocarlina Carneiro, também enfermeira. Trabalhavam vários médicos, muitos dos quais participaram depois dos cursos do INAR e da “USP”. Os pacientes eram tratados com massoterapia, eletroterapia, fototerapia, mecanoterapia, cinesioterapia...outros tipos de corrente estática, parece que usam hoje em cosmética...

V- Mas chamava-se isso de Fisioterapia?

D- Claro, Fisioterapia; mas isso é realmente Fisioterapia. Eletroterapia com corrente estática. O mundo inteiro fazia. Aplicava-se corrente “galvânica”, corrente do tipo “farádica”. O mesmo aparelho produzia os dois tipos de corrente. Era um aparelho grande e eficiente; um tempo depois encontrei aparelho semelhante em um museu lá em Amparo, me parece.

Muita coisa que eu usava, estava lá no museu. Choramos de rir de ver tantas coisas usadas por nós, lá naquele museu: cama, cadeira, aparelhos e utensílios. Era coisa boa e muito útil, dava muito bem para trabalhar e tratar. Esse serviço, como já disse, funcionava no Edifício Central do HC, aquele prédio cinza. Hoje ergue-se ao lado o edifício dos ambulatórios e logo em seguida o centro de Convenções Rebouças.

Pois é...lá era o atendimento...o atendimento de não sei quantas pessoas...era muita gente...a espera era no corredor, onde se encontravam aqueles bancos de madeira...esperavam para consulta, para exame, para tratamento...quase sempre os pacientes eram encaminhados para o serviço por algumas das clínicas que compunham o complexo do HC; alguns pacientes iam diretamente para o serviço...entretanto, todos deveriam ser examinados por um dos médicos e depois encaminhados para o tratamento...havia uma ficha especial para a Fisioterapia: foi durante muito tempo um serviço de Fisioterapia muito útil, posteriormente com algumas modificações na estrutura do HC algumas coisa foram alteradas...mas na essência...ficou como antes...bem mais tarde eu voltei a trabalhar lá, por força de um rodízio...eu me aposentei em 1984, o Maurílio ainda continuou lá, parece-me que um dos médicos o Dr Walton Carneiro também continuou até sua aposentadoria...encerrando as atividades aquele centro de atendimentos com histórias fascinantes para contar...acho até que tenha sido o marco da Fisioterapia no Brasil...vale até mesmo pesquisar.

V – As áreas eram ortopedia e neuro?

D- Não, era geral. Imagine só ortopedia e neuro não... o HC atendia tudo. Nós aplicamos Fisioterapia em tudo que hoje se fala que está começando. Nós aplicávamos em tudo. Fala alguma coisa?

V- Dermato ...

D- Nossa! Dermato, nem fale. A afinidade era tão grande que depois de certo tempo o Serviço de Fisioterapia de 8º andar foi transferido para o 3º andar, na mesma ala da Dermatologia. Ai mais se estreitavam nossos laços de amizade e terapêuticos. O trânsito físico era intenso entre os dois serviços...

V- É interessante, porque todo mundo falava bem dos queimados...

D- Nossa senhora! Alguém da Fisioterapia se deslocava diariamente para a enfermaria dos queimados. O catedrático da época era o Prof. Dr. Ari do Carmo Russo, muito interessado com a Fisioterapia. Mais tarde os alunos do curso da USP também estagiavam lá. Aplicavam-se também balneareoterapia.

V- Fazia tudo, tinha de tudo então?

D- Tudo e mais o que se possa imaginar ... Gineco...

V- A Karin Lungborg, posso falar que ela foi a primeira professora fisioterapeuta a dar aula aqui?

D- Não foi a primeira, acho que foi a única, nunca mais veio ninguém.

V- Como que era a filosofia dela, como que ela via a Fisioterapia, o que ela falava?

D- Primeiro, sueca. Já viu... sueca, falando inglês muito bem e depois estive na Espanha durante cinco anos para aprender o idioma e depois, falar espanhol aqui conosco. Conhecia muito bem a nossa profissão e assim transmitia...uma profissão gostosa para todos nós. Chegando aqui, encontrou pessoas do mesmo nível que ela ... as colegas se deram muito bem com ela e acompanhando em tudo, profissional ou não...damas de companhia...se me lembro, mais a Lília e em segundo a Carmem, as outras colegas um pouco menos...todos sabiam receber...sabiam orientar. Os homens, ... o Francisco Ragoni ...meu irmão, eu. Formávamos mesmo um grupo coeso. Foi uma época bastante boa para todos nós e para a Fisioterapia. Tenho certeza que ela amou esse grupo...e o grupo a amou.

Se eu não me engano ela morou perto da Lília, lá no Paraíso. A Karin ficou muito tempo São Paulo, se incorporou. Muito vistosa, um tipo atlético. Tinha adoração pelas terapias manuais, os exercícios, as ginásticas. Conhecia bem os segredos da Hidroterapia, Massoterapia, Eletroterapia. Toda orientação para tratamento em grupo foi passada por ela.

Não há dúvida que sua escolha para essa tarefa foi baseada nos conhecimentos e no seu modo de ser. Bastante comunicativa. Boa didática. Não só ensinava como também participava dos tratamentos, executando-os. Era uma pessoa muito importante. Tinha chancelas importantes: ONU, OMS e WCPT. Pelo amor de Deus, contar sobre a Karin também levaria muito tempo... tudo que falarmos será pouco, será cortado, embora seja muito bom... a voz dela era agradável, o espanhol muito gostoso e aos poucos deve ter se tornado portunhol e quem sabe até português

V- Ela ajudou muito a definir ... ela influenciou o pessoal a lutar pela Fisioterapia, já que o senhor falou que ela falava bem da Fisioterapia?

D- Já éramos tudo isso aí... isso já era nosso. Ela só participava porque ela também tinha essa idéia. Não, não por aí não é. Nem podemos pensar assim. Se houve alguma influência somente estive ligada a fortalecimento de nossos conceitos.

V- Como uma referência, não?

D- Eu tinha certeza que ela era igual a todos nós, provavelmente com um pouco mais de conhecimentos porque havia freqüentado escolas e lugares melhores... mais avançados...diferentes...

Se você quiser uma prova do amor dessa moça por nós e nós por ela, escute essa história. Quando fomos para o México ela também estava lá e no aniversário de uma de minhas filhas, a Cristiane, completando 3 anos, ela compareceu à festa...vê, ela realmente havia formado laços bem profundos de amizade aqui.

Por que ela estava lá no México?... Depois da estada no Brasil era cumpriu seu programa na América do Sul, visitando outros países...não me lembro bem quais...Chile, Uruguai... a Venezuela tenho certeza...e, seus amigos, seus alunos nesses países estavam lá no México...estavam completando os conhecimentos que ela havia ajudado a adquirir....

V- Como e que o senhor vê a mudança, ou posso chamar de uma conquista do fisioterapeuta de “antes”, considerado como técnico, como o senhor, o primeiro título era como “técnico operador em Fisioterapia”, e depois, hoje, quando nós temos professores fisioterapeutas que são reitores de Universidades, como é que o senhor vê essa mudança que ocorreu em tão pouco tempo, se eu posso dizer assim, um curso técnico ter se valorizado tanto?

D- Eu vou dizer uma coisa; eu não vejo nada. Eu acho que só nós é que estamos vendo isso. Com raríssimas exceções...

V- Como?

D- Só nós é que estamos vendo isso.

V- E esses vestibulares tão concorridos?

D- E daí? Os candidatos podem não estar atrás disso.

V- Mas o senhor não acha que a sociedade passou a ver a Fisioterapia de outro jeito?

D- Não.

V- Não mesmo?

D- Pode ser até que ela tenha percebido que a Fisioterapia seja outra coisa, mas não é tudo isso que você tá falando ou que você esteja pensando que seja. Não é.

V- As minhas referências são essas: um vestibular concorrido, onde a Fisioterapia não é mais a 2ª ou 3ª opção, e hoje ... Bom, mas eu não estou “fechando” isso não.

D- Eu sei que você não está fechando. Você está perguntando. Você levou um susto que eu falei uma coisa que você não esperava?

V- Não, até acho interessante isso. Talvez seja porque o senhor é um pouco mais realista que alguns colegas. Muitos não veem dessa forma. Muitos preferem ver essa ascensão que nós conquistamos...

D- Qual? Fala para mim ...qual?

V- O senhor acha que não cresceu?

D- Eu sei que cresceu. Cresceu...cresceu. Mas não é isso que você está falando. É claro que cresceu, mas em volume... em quantidade ...

V- E a qualificação?

D- Pode até ter crescido também. Mas se considerarmos o número tão grande de profissionais podemos até tentar uma análise...Não sei exatamente como analisar essas coisas. Temo que esteja com um pouco de razão...gostaria até mesmo que não fosse...

V- Mas a classe como um todo, não?

D- Podemos até dizer que não...é muito difícil dizer com precisão...

Você pode achar que a procura foi atrás da fisioterapia...será? você pode garantir que ele gosta da fisioterapia? Só? Ou está atrás de uma profissão que vai dar dinheiro logo no dia seguinte?...não sei exatamente...ainda tenho minhas dúvidas...todas as profissões podem ou não dar o dinheiro que procuram...será que é por esse lado que alguns...estão pensando...

Tenho acompanhado, de novo, a luta dos colegas por um emprego...nos cursos que estou ministrando, nestes dois anos...é tudo muito difícil...

Se de fato houvesse esse crescimento propalado, não teríamos todo esse desespero...não só na dificuldade de conseguir uma colocação, mas quando se consegue, existe uma luta muito grande para o desempenho do trabalho...é difícil explicar...só sei que está complicado...

Há muitas escolas...muitos alunos concluindo o curso...poderia até não ser a questão, talvez...caso não houvesse concentração...as regiões não recebem o número adequado de profissionais...poderíamos aumentar a dificuldade para o ingresso nos cursos...isso, por outro lado, poderia aumentar a convulsão social...poderíamos exigir mais para concluir o curso...nem sei se é viável...há necessidade de grandes modificações.

A formação pré universitária também influi no rendimento. A análise do aluno deveria ser constante, desde o início de sua formação... desde quando entra na escola...O esforço demonstrado e provado deveria ser recompensado...estão tentando relacionar os resultados do “provão” com o ingresso nas universidades e nos postos de trabalho...vão, pelo menos, iniciar esse processo...já é algo diferente...algo promissor...

É difícil definir a vontade de progredir só quando se ingressa em uma universidade...isso deve estar sempre presente...tenho vontade de crescer...sempre...desde então eu já sei quem é você, quais suas tendências...não preciso estar analisando no meio do caminho...ou quase no fim... Puxa (!), esse aluno é honesto com suas intenções, é coerente, participativo...está realmente sendo moldado para a profissão que escolheu...ou, como estamos conversando, pelo menos em uma das opções...está sendo moldado como ser humano íntegro...ou já estava iniciado nisso...

Você vê como são as coisas? É uma sociedade que ainda não é holística, meu Deus do Céu. É uma sociedade cujo homem é “quadrado”... dividido em corpo, corpo físico, químico... espírito... jamais... não é o espírito religião, não. É o espírito alma mesmo. Quando ele vê dessa maneira, aí sim, podemos analisar o homem total. Esse é o vestibular que ele precisa passar.

Aí eu vou concordar que cresceu a fisioterapia, cresceu o fisioterapeuta.

V- Aproveitando a colocação sobre ver uma pessoa com alma, espírito; alguma vez esses cursos nossos, de Fisioterapia, deixaram um pouco a técnica pra se dedicar nessa área humana?

D- O Eugênio fez isso. Não sei se você percebeu. Ele jamais ensinou massoterapia sem a pessoa esfregar as mãos... ele fazia o aluno praticar a massagem na célula e na alma... ele não contou isso a você?

V- Não.

Mas isso não é a regra, é?

D- Imagine se é regra. É tão horrível isso... que o próprio paciente às vezes até diz... “não gosto de tal profissional porque ele fica mais com psicossomática ... fico até com um pouco de medo”. Essa é a coisa. Tão fora de moda que às vezes o próprio paciente se assusta...

Infelizmente você, como professora, não pode passar isso para o aluno diretamente...há necessidade de algumas mudanças...isso pode até ser perigoso...você pode ser mal interpretada...podem até falar que você está

interferindo na didática...fugindo do assunto...você pode correr o risco de ser dispensada da escola...tenho percebido isso com muita frequência.

Não é a regra mas deveria ser...pelo menos deveria haver uma vontade “política” para que seja dessa forma...

V- Porque os nossos currículos são extremamente técnicos. As poucas disciplinas relacionadas com isso ... a antropologia, ...

D- Também é grave dizer extremamente técnico porque é uma expressão muito forte, não é?

V- Mas assim, se o senhor pegar a totalidade de um curso de 4000 horas, por exemplo, você tem duas ou três disciplinas que fogem do aspecto técnico, pelo menos no nome ...

D- Que não é a sua, não é verdade? Pior que não é a sua... qual é?

V- Que não é fisioterapeuta é quem ministra, geralmente. Antropologia, ...

D- Não é triste isso?

V- E eu acho que esse é um dos motivos que os alunos acabam não incorporando isso também, porque nunca é um profissional fisioterapeuta que dá. Quem ministra, geralmente, nem sabe o porque que está dando aquilo para o fisioterapeuta.

D- A Prof. Eglacy me falou que admite professores, que são excelentes, com um currículo que vai às nuvens, ...porém ela precisa, a Eglacy, dizer para esses professores o que deve ser ensinado ao acadêmico de Fisioterapia...

Pelo amor de Deus! Você acha que cresceu? Diga? Por esse exemplo aqui em Goiânia, heim! Que já tem uma influência do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Brasília....

Ajuda para fortalecer minha tese sobre o crescimento da Fisioterapia? ...ou ainda você está assustada?

V- Eu achei ótimo. É isso que eu quero.

D- Não tem importância que vão criticar, e sei que vão, vão falar isso, aquilo... mas, infelizmente é assim. Não é bem o que acho ...é a maneira que estou vendo, estou observando...estou sentindo... a resposta no fundo é essa.

Eu tenho medo de outra coisa... e não é de agora...pessoas de meu relacionamento chegam até a comentar sobre o comportamento dos alunos da Fisioterapia e até mesmo os profissionais...” eles ficam assim depois que entram na faculdade...ou quando estão quase saindo...ou já vão para ela assim...?...Eles são muito desligados...muito difíceis... “me explique, por favor...?”

Valéria, eu não sei responder...essas observações são feitas em cerimônias de colação de grau, pode ser euforia, mas em outras situações podemos notar também, infelizmente,...não sei

V- Isso tudo pode representar imaturidade? Será isso?

D- Não...não é o caso de ser ou não imaturo...falta alguma coisa...não sei bem como explicar...finura no trato...será timidez ...?! Você também percebe isso? Me explica.

V- Será que isso está relacionado com o fato de que essa pessoa queria ser uma coisa, queria fazer outro curso,... geralmente um curso de maior “status” como medicina...odontologia...; será que ele queria fazer isso e não entrou? Porque a grande maioria é assim. Agora começou a mudar um pouco, mas até um tempo atrás era assim. A grande maioria dos alunos que iam fazer vestibular para Fisioterapia, davam como 1ª opção medicina; 2ª odonto e 3ª fisioterapia. Íam para a fisioterapia porque não passavam nas outras.

D- Está à sua frente alguém que tentou várias vezes o vestibular para medicina... eu. Não consegui passar...porém...

Em cada situação acontecia uma coisa diferente ...eu acabava não passando...aí fui trabalhar na Fisioterapia...desde então trabalho na Fisioterapia como se nada tivesse acontecido; não era nem mesmo outra opção, não havia esse mecanismo naquela época...então, não é. Não parece ser isso...eu sinto entretanto uma dificuldade muito grande, como fisioterapeuta, porque sou cerceado...sou bloqueado...alguém que pode até saber menos do que eu sobre o assunto...pode ter menos sensibilidade do que eu para cuidar...para tratar... e assim mesmo há bloqueio... tanto é que a minha idéia fica complicada... muito forte...chega a ser até “esdrúxula” com relação a isso... nessas minhas andanças... vez por outra escutei ... até com muito ressentimento... “quem mandou você não ter uma profissão plena...?” isso muitas vezes foi repetido...e quando não havia diretamente... ficava martelando dentro da minha cabeça... sempre tentei buscar uma resposta para isso...li muito sobre o assunto...ainda não sei explicar... ainda é tudo muito estranho...

Houve uma época em que a saúde da população era controlada por profissionais... bem, em outras culturas...outras épocas...em todo o caso... esses profissionais eram pagos para conservar a população

saudável...tinham descontos em seus proventos quando alguém adoecia, isso já faz muito tempo... você vê... a filosofia é outra ... apesar da profilaxia tão propalada... isso pode até ser difícil agora... mas não impossível... isto é, manter a pessoa saudável... não deixar que fique doente... aí você recebe o seu salário... quando a pessoa fica doente aí você perde o seu salário... ou parte dele... saneamento básico...condições melhores de vida...

Outra coisa que se tem falado muito... e que está chegando aqui no Brasil aos poucos é a “responsabilidade civil” com relação à execução do tratamento... a conotação já está bem forte para a medicina e a odontologia... para a Fisioterapia, nem tanto... tenho conversado com advogados sobre a questão...

V- Você ganha pra não deixar adoecer?

D- É mais ou menos assim. É uma coisa muito triste que estou contando... mas eu sinto que é assim.

Felizmente existe um movimento muito grande em favor da profilaxia...ela ainda está engatinhando ... e precisa ser na área da saúde... todos os profissionais desse grupo participando... saúde pública... já existe muita coisa nesse sentido... as publicações do COFFITO têm mostrado.

V- Isso é por causa da falta de estrutura. Veja, doenças que haviam desaparecido ... dengue ...

D- Onde está a falha? O que está faltando?

V- Saneamento básico, é um problema muito grande ...

D- Quanto tempo poderíamos ficar falando sobre essas coisas... há um enriquecimento muito grande...vamos falando...vamos estudando... vamos progredindo... mas é isso que eu sinto. Sinto também uma tristeza muito grande porque eu não posso estar falando isso para muita gente...todos, não dá tempo. Sempre que posso, falo. Em todas as minhas aulas falo sobre esses assuntos... não são todos que aceitam...sei que no começo se irritam...questionam... chegam até a sugerir a interrupção dos cursos... e muitas vezes isso aconteceu...quando os cursos estão divididos em módulos, a pontuação dada para os primeiros módulos é sempre baixa... e sei que é por causa disso... o humanismo ocupando o lugar do tecnicismo...isso que é importante.. .mas, à medida que o curso caminha... as coisas mudam... crescem os conhecimentos técnicos, os científicos e ... As notas já são bem maiores... notas para o professor, claro...

Sei perfeitamente que ninguém tem culpa. A aula ministrada sempre, é de outra maneira... alguém falando na frente de vários “alguéns” que estão “ouvindo”... deveria ser ... muitos “alguéns” falando, participando, pesquisando, resolvendo... aquele lá na frente... o professor... entre os “ouvintes”... e os “falantes”...

Gosto de estimular o grupo a pensar sobre a questão...tentar resolver algumas questões... e vou dizer a verdade... estou com medo de agir assim... há necessidade das mudanças ... todos nós ligados a educação e ao ensino temos obrigação moral de pensar seriamente nesses assuntos.

V- O aluno é totalmente passivo. Tem cursos professor, que tem 100 alunos dentro de uma sala de aula. O professor tem que dar aula com microfone.

D- Até que não faz mal dar aula com microfone.

V- Não, eu digo, dá aula com microfone porque senão o aluno não vai escutar.

D- Não vai escutar, e não vai escutar nem com microfone.

V- Ele tá ali só para...

D- Você tá vendo como não cresceu

_____ intervalo _____

D- Eu te falei, a Eglacy está selecionando professores, e eu ouvi uma frase que vai deixar essa nossa questão mais forte. Ela dizia assim: “Danilo, você precisa ver ...”, veja só a frase, “você precisa ver como é que essas pessoas da Educação Física estão preparadas”.

Significa que os demais ...

V- ... Não estão .

D- “Como eles sabem falar, Danilo. Como eles explicam. Que profundidade de pensamento. E são pessoas que estavam aí, acadêmicos há alguns meses ... talvez alguns anos..., já estão como mestres, como não sei o que.”

Pronto doutora, olha aí. E talvez ela não tenha comentado isso com você. Mas ela te falou que a Fisioterapia está bem.

Ela talvez não tenha percebido isso ainda. Claro, tomando ela como exemplo, nem há dúvida que cresceu... acontece que ela sempre foi assim... queria crescer... desde o tempo de universidade quando a conheci...

Pode ser até que ela esteja com a cabeça quente com tanta coisa para decidir... Desde o tempo que ela morava em São Paulo até hoje, claro... a Fisioterapia deve ter crescido...evoluído...pode ser até que esteja diferente.

V- Melhorou um pouco.

D- Pode ser.

Que pena, doutora Valéria.

_____ intervalo _____

V- Professor, na época dos primeiros cursos, lá do HC, havia algum intercâmbio entre os cursos no Brasil? Eu sei que os primeiros cursos foram no Rio, Belo Horizonte, na Bahia, ... Havia algum intercâmbio entre os cursos ou não?

D - Eu sempre fui Brasil, sempre. Então eu queria saber tudo de tudo, sempre, sempre, sempre, até o ponto de organizar o Departamento de Educação da Associação Brasileira de Fisioterapia... e o objetivo era exatamente esse ... era oficializar aquilo que já fazíamos.

Você não sabe o que nós andamos por esse Brasil atrás disso.

V- O senhor “passeava” para todo lado?

D- Sempre foi assim... os que podiam viajar, saíam. Nas primeiras viagens, senão a primeira, fomos ao Rio de Janeiro... o Eugênio, Niles José Tobias e eu...essa viagem foi bem antes do Departamento...não me lembro agora o ano, talvez 1956 ou 57. Bem, lá éramos recebidos pelo Miguel e a Marlene, então fisioterapeutas, hoje parece que também são médicos. Ouvi dizer que continuam com o mesmo espírito de fisioterapeutas... já há muito tempo não os vejo. Eram viagens bem agradáveis e proveitosas... voce conhece bem o carioca.

Essas viagens tinham o cunho administrativo da Associação e também discutia-se muito sobre o ensino, a carreira... enfim... foram encontros memoráveis... proveitosos; eles realmente influenciaram muito para as conquistas futuras.

V- Quando vocês montaram este departamento? O senhor se lembra?

D- A primeira reunião foi em 1983, na PUC em Campinas. O departamento já havia começado a funcionar neste ano mas foi apresentado publicamente nesta reunião. No mesmo ano nós fizemos outra, não me lembro bem o local. Só sei que aquela foi a primeira.

V- A primeira oficial, antes disso era uma coisa mais extra-oficial?

D- Falávamos já sobre o assunto porque o departamento estava trabalhando com isso e aí achei boa a idéia e propus algumas alterações na estrutura da ABF, incluindo o Dep. de Educação. Um tempo depois, eu saí da Diretoria Executiva da ABF e também do Departamento. Ficou em meu lugar o Prof. José Américo que me pediu para ajudá-lo...durante algum tempo trabalhamos juntos...agora eu como auxiliar dele, porque sempre trabalhamos juntos... como eu havia sido o mentor do projeto ele achava que tinha mais jeito para as situações... aceitei... foi difícil por causa das minhas atividades particulares. Nem me lembro quando deixei o departamento... fizemos muitas reuniões e usávamos um sistema itinerante, pelo menos no Estado de São Paulo. Foram propostas e realizadas reuniões nacionais... essas reuniões eram as “reuniões de docentes”. Aproveitávamos, às vezes, as datas dos Congressos para as reuniões. Muitas coisas foram decididas nestes encontros. Tenho lembrança de reunião de docentes... às vezes eu comparecia...às vezes não. Eram sempre muito concorridas. Tínhamos uma agenda e um esquema para estas reuniões. Chegamos mesmo a tentar um esquema de trabalho em nível de América Latina. Em um dos nossos congressos, realizado em São Paulo, no Anhembi, houve uma reunião com docentes de vários países da América do Sul.

V- E antes disso? Por que o currículo foi aprovado em 83, que é o que atualmente vale, antes disso cada faculdade podia fazer o que quisesse?

D- Mas também eram tão poucas, meu Deus.

V- Eram poucas, não?

D- Muito poucas e mais ainda, ninguém tinha muita coragem de fazer coisas complicadas. Ninguém tinha coragem de fazer coisa elaborada, trabalhada, principalmente por uma razão, até muito simples, nunca foi o fisioterapeuta que fundou, nunca o fisioterapeuta esteve à frente.

V- Os cursos? Nenhum?

D- Nunca, sempre havia alguém diferente que queria mandar, apesar de aparecerem nome de fisioterapeutas nas comissões de instalação de várias escolas..., alguém diferente que está mandando até hoje. Você já viu alguém comandar, algum fisioterapeuta dirigir? Viu nada ...é muito raro...hoje até que aparecem nomes destacados nessa área... mas ainda é muito raro.

V- Até hoje nós somos submissos? Não tão submissos na área da fisioterapia, mas na área administrativa?

D- Qual o antônimo de pleno? Não sei qual é ...

V- Dependente?

D- Incompleto... Bom, então nós somos profissionais incompletos, dependentes, nós não somos plenos... é uma idéia muito forte que ainda vigora em muitos meios... até mesmo dentro de nós... e por não sermos plenos, todas as pessoas que estão à nossa volta continuam nos tratando como tal. “Você não pode saber isso, ... não precisa saber isso... isso aí não é pra você”.

V- Há médicos que dão aula para fisioterapeutas que falam isso.

D- Seria muito melhor que não fosse verdade, mas infelizmente ainda existe. Outra vez, falando do mesmo assunto... você acha que estamos muito à frente mesmo... que houve progresso...

Nós crescemos, não é Valéria? Oh, ...se crescemos ...

V- Professor, vamos voltar nos primeiros cursos que o senhor fez. Posso dizer que os nossos primeiros cursos foram determinados, assim a parte curricular, pela Organização Mundial de Saúde?

D- Não.

Você recebe alguns folhetos e pequenos livros da OMS/WCPT, que ofereciam alguma orientação. Não me lembro, mas parece que também apresentavam fórmulas de currículos, ou pelo menos, orientações sobre as matérias que deveriam ser ensinadas. Penso eu... não me lembro. Deve haver algum comigo... Provavelmente pegamos muitas coisas deles ... provavelmente... eu não sei dizer agora.... Brasileiro é assim, você bem sabe, você é brasileira. Você imita. Essa história é velha demais, você quer ser autêntico... você faz ... mas também você copia... ou se baseia em algum documento ... pode até copiar e dizer que foi você que inventou... criou. Isso pode ser muito pesado dizer... mas muitas vezes encontramos isso... Aí começa uma adaptação... põe uma coisa de um jeito... acerta outra... Bem, isso não é nenhum demérito... pode até haver adaptações, ... por que não...

V- Mas a gente ...

D- Eu acho que foi. Eu acho até que foi bom ter sido assim... uma coisa do mundo inteiro. Você pode andar de um lado para o outro, se deslocar para outros países, cidades... regiões... sabendo as mesmas coisas... aí podemos discutir ...podemos nos colocar no mesmo nível...

Outra coisa importante... não é só no Brasil que o fisioterapeuta é o “2º”. Em muitos outros países também... pode até ter havido alguma mudança hoje, mas era igual... parece haver um “complô” internacional...

V- Agora um outro ponto assim meio delicado professor, como é que o senhor vê essa situação da Fisioterapia crescendo junto com a Terapia Ocupacional? Ter tido os Conselhos comuns? Até hoje, tudo que sai para um, sai para o outro, como que o senhor vê?

D- Se você soubesse como nasceu a Fisioterapia, isso aí ficou leve.

A Fisioterapia nasceu junto com o raio X ... esse que não tem mesmo nada com nada... Era Física Biológica Aplicada, então lá dentro os dois cursos eram assim: formava “técnico operador em fisioterapia” e formava “técnico operador em radiologia”. Só que nós, “fisioterapeutas” tivemos uma “sorte” muito grande... ou fomos muito loucos e ousados... desafiamos o sistema e convidamos os outros para tentarem também; talvez no momento não fosse possível, não sei bem como aconteceu. A verdade é que seguimos sozinhos.

V- Eles ainda hoje são os técnicos de raio X?

D- Parece que são. Pelo menos enquanto trabalhei no hospital eles ainda eram. Não há demérito nisso... me refiro apenas à questão da carreira universitária... do título. Já naquela época poderíamos ter conseguido em conjunto.

Fiz mais ainda... ou melhor, tentei. Uma coisa que sempre me deixou nervoso, me deixava e me deixa ainda... bem agora estou fora daquele sistema... assim, era a questão de ter que ficar na fila de espera para tratamento... para ser atendido.

Eles me diziam... “é porque tem muita gente”, “é porque... sei lá mais o que”. Eram respostas vagas... perguntas vagas que você não entendia bem... que você conseguia responder... pelo menos oficialmente. Pelo

menos não podia...ou não devia aceitar. Eu, um dia resolvi mudar o esquema, coloquei na cabeça... “vou mudar isso...vou acabar com a fila...”

Eu queria que a fila acabasse de vez no hospital... fui mais maluco ainda... não era só a fila da Fisioterapia...eram todas elas... de todos os serviços. O primeiro contatado, depois do meu, foi o do Raio X, que eram meus amigos... e havia certa afinidade... talvez por causa dos cursos em conjunto, em outras épocas... não sei bem... “vamos fazer um negócio assim; da mesma forma que estamos fazendo na Fisioterapia, vocês aceitam?” Resistiram. E fiz. Foi uma resposta muito bonita. O plano elaborado por mim, acabou dando certo, durante muito tempo funcionou, depois mudaram um pouco o sistema, porém a filosofia foi a mesma.

Os outros não quiseram, você vê, éramos quase como agora, Fisioterapia e terapia ocupacional, um quer outro não, um faz outro não... não vejo porque precisa ser igual, com você acabou de me perguntar... mesmo ficando junto...parece que está havendo um movimento para separação...não sei muito bem a história. Pode ser que seja útil para muitas coisas... mas não é tão prejudicial assim... há como separar as decisões... há outros conselhos com profissionais diferentes... pode verificar...

Naquele episódio da fila a coisa ficou complicada... era uma reclamação total; exigia uma certa dose de sacrifício de cada um... mas enfim... conseguimos.

V- Cada um sabia o horário de atendimento...

D- Depois de muitos anos fizeram a mesma coisa... porque era outra pessoa que dirigia e tudo aquilo foi muito bom. Só que depois as coisa ficaram outra vez complicadas ... por outros motivos...é melhor não falar sobre isso...

Então, Valéria, onde estávamos nós?

V- O que eu perguntei pro senhor, é o que que o senhor acha da terapia ocupacional?

D- Quem tinha o radiologista... o terapeuta ocupacional... bem, na minha opinião... nada... a questão é saber conduzir as questões no COFITTO e nos CREFITOS. Que fiquem os terapeutas ocupacionais... mesmo dizendo que podem fazer... temos condições de definir bem tudo isso... superposição, coordenação, sincronização... trabalho em equipe... trabalho em conjunto... tudo isso até que é muito bom e útil... isso serve para todas as outras profissões... é difícil controlar se mantivermos uma postura beligerante... deve haver equilíbrio, discussões, acertos, consenso... tudo isso ficaria muito mais tranquilo... quem ganharia com essa solução seriam os que procuram os préstimos de todos nós....

V- Eles falam que podem fazer ...

D- Não sei bem o que... talvez os exercícios, talvez a terapia manual; realmente não sei bem o que é. Pergunto eu, “isso tudo faz parte do currículo... isso é matéria do curso?...” o que eu escuto são alguns disparates... alguns colegas chegam até duvidar que possam aplicar esta ou aquela técnica, porque em alguns locais eles escutam... e até discutem sobre o assunto, que só podem tratar dos membros inferiores...os membros superiores são da terapia ocupacional... eu nunca ouvi diretamente isso de qualquer colega da terapia ocupacional ...mas de fisioterapeutas... até que sim, e muitas vezes...

Agora, está acontecendo todo esse drama, não está, Valéria?

V- Eu também acho isso...

D- E esse drama que está acontecendo envolvendo a terapia ocupacional é porque tudo está muito junto. É uma luta sem futuro... acho até que é uma luta, caso continue... que só vai ter perdedor. Eu realmente gostaria que fosse diferente, tenho impressão que muitos devem pensar como eu. Eu gostaria que os outros, apesar de muito juntos... não só o terapeuta ocupacional.. não , todos os outros profissionais... pelo menos os da área da saúde... médicos, dentistas,enfermeiros, psicólogos... sei mais quantos... todos no mesmo Conselho... um “Conselho de Saúde”... todos estudassem juntos... pelo menos nas disciplinas básicas, pelo menos para começar... seria um teste... estaríamos instituindo um conceito “novo”... de universidade. Todos aprendendo a mesma coisa... a mesma anatomia...fisiologia..etc. A mesma ciência... a mesma ciência da saúde...a ciência da manutenção da saúde a todo custo e depois... “eu sou um profissional da saúde”.

Fazendo uma análise um pouco mais curada, eu nunca sofri muito com essas coisas. É muita filosofia para um dia só.

V- Mas como profissional?

D- Como fisioterapeuta. E diziam, e muitas vezes ouvi essa frase: “Danilo, você é o doutor...eu sou o fisioterapeuta”... e até mesmo “você é “mestre” e ele ainda não é...” e o pior que não é pelo mestrado...a conotação era outra. É uma conotação de alguém que ficou um tempo enorme aprendendo com sábios para depois transmitir tudo o que sabia, era essa a idéia que me passavam. E me sentia feliz e com mais responsabilidade ainda... “eu sou mestre”... “posso passar meu conhecimento”... preciso cada vez mais me preparar par isso. Isso

deve ser o comportamento do “mestre”. Embora o mestrado tenha essa conotação e essa missão...nem sempre alcança esses objetivos.

V- Ser mestre é muito mais que isso ...

D- Você não acha que é muito mais? Não é algo diferente ... gostoso? Mas não é a carga horária ... ou o tempo para terminar uma tese de mestrado que vão determinar seu conhecimento...sua condição de “mestre”. É muito mais, como você está afirmando... você precisa realmente estar “sublimado”. Em uma posição superior para enxergar melhor as coisas e poder discerni-las... não ficar no pedestal como superior... superior é só o pedestal... ou, até melhor, o degrau mais alto para ver melhor... para orientar melhor o caminho dos outros...

Quanta coisa poderemos falar...

V- Muita. Daria pra gente fazer vários almoços.

Acho que era isso que eu tinha pra perguntar para o senhor.

D- Você me perguntou tanta coisa que eu nem sei mais o que foi.

V- Tem mais uma coisa que eu gostaria de perguntar. Quanto ao contexto político, todos os documentos nossos foram aprovados, o parecer de 63, a regulamentação de 69, o currículo de 83; todos ocorreram durante o período do regime militar. O senhor vê alguma relação política do regime militar ...

D- Eu sei como são as coisas. Eu tive uma ligação com o exército no CPOR, como você já sabe. Sei que existe muita organização lá ... era bom... sei que é bom.

V- Mas o que é bom? Como o senhor vê isso com a Fisioterapia?

D- Então, foi por causa disso mesmo, não é? Alguém que estava ligado a alguém muito forte, deve ter dito “vou falar”... “vou pedir” ... e pediu. Eu não estava no Brasil, na época, você se lembra, estava no México. O Presidente Costa e Silva necessitava de cuidados fisioterapêuticos e a estreita ligação com ele animou nosso colega a interferir. Não tenho lembrança do nome do colega...sinto que é uma falha e até mesmo uma indelicadeza. Recentemente tentamos lembrar o nome e encontrá-lo...nem sei se conseguiram.

V- O senhor acha que esse benefício, essa aprovação, foi mais por influência de pessoas conhecidas?

D- Correm rumores que o colega que cuidava de então presidente Costa e Silva se encarregou de entregar o documento para ser aprovado pela junta militar que governava o país. Deve ter havido muita luta de interesses na ocasião ... muitos não queriam a aprovação...muitos queriam. Deve ter ganho... como de fato ganhou... o grupo do nosso lado. Foi um período muito conturbado.

A discussão em torno da regulamentação deve ter sido muito séria... muitas profissões estavam e estão ainda sem regulamentação... você imagina que luta de interesses... por que dar para um grupo e não dar para outro...seria o tempo de espera... seriam as insistências...

V- Como que o senhor se vê dentro da história da fisioterapia?

D- Participante ultra ativo, eu estou quase dizendo que eu também ajudei e participei do começo desta fase da história da Fisioterapia aqui no Brasil. Eu estou quase dizendo que procurei fazer as coisas assim... procurei com tanto afinco... eu procurei.

V- Quais os pontos que o senhor acha que temos para conquistar?

Pelo pouco que o senhor já falou, nós temos muitas coisas...

D- É uma visão minha, só isso.

V- O que que falta para o fisioterapeuta?

D- Eu acho que... ou melhor... tenho quase certeza... não falta para o fisioterapeuta, falta para o ser humano mesmo... se ele conseguir passar a “ser integral”, aí, tudo o que estamos falando de grave e de mal ...tende a acabar. Ele vai tomar cacetada... e talvez não tente revidar porque saberá que esta atitude não trará nenhum benefício para ninguém... ele vai sim é tentar diminuir a ira do outro...

Me disseram, agora... bem recentemente... o orientador de meu curso sobre holismo, que essas coisas estão bem próximas de acontecer... ou não entendi muito bem as palavras dele ou realmente não é como ele falou. Eu vejo que ainda está muito longe.. muito longe. Enxergo o homem muito pequeno ainda... me incluindo nesse grupo, infelizmente.

A frase clássica “não quero aquela pessoa na minha frente” é uma expressão muito forte. O que será de verdade que existe nisso tudo... é melhor realmente não ver na frente? Será que existe uma energia negativa

emanando dela, por isso é que incomoda? Há possibilidade de reverter o quadro? Devemos tentar? É nosso dever tentar? Não sei... realmente, não sei.

Com o fisioterapeuta deve estar acontecendo o mesmo... ele é parte integrante desse sistema, por que haveria de ser diferente. O que envolve o “ser fisioterapeuta” pode ser alguma aura de luz...com o “ser profissional da saúde”. Em geral, também. Será mais fácil para esse grupo chegar à perfeição.

Veja, Valéria, como estou falando, talvez o assunto tome a direção que estou procurando...ou melhor, a direção que eu quero que tome. A pessoa ser primeiro pessoa... ser humano completo... aí, o resto virá fatalmente com mais tranqüilidade... ele terá liberdade par exercer a profissão com bem entender... terá o mesmo valor, porque o que estáa contando agora são outros pontos... teremos o mesmo valor...

V- Principalmente na nossa sociedade capitalista...

D- Mas não sou eu que estou dizendo isso... podemos viver em uma sociedade capitalista, porém justa. Algumas parábolas bíblicas talvez tenham tido interpretações falhas. Há um perigo muito grande nas generalizações. As sociedades capitalistas, onde o capital ocupa o destaque pode perfeitamente...aceitar um equilíbrio humanitário... e por que não?

V- Então era isso professor. Eu agradeço muito a sua colaboração...

D- Imagine, Valéria, tem pouco que agradecer... é muito gostoso estar falando e lembrando essas coisas...

V- Porque vocês, as pessoas com quem eu conversei, posso ter deixado algumas pessoas pra trás, porque infelizmente não vai dar pra conversar com todo mundo, com todos, mas cada um participou de uma forma, e me trouxe um pedacinho daquilo ...

D- Mas você procurou e teve sorte, achou as pessoas “certas”.

V- O que eu fiquei feliz, particularmente, é que todos foram muito bons, me ajudaram, e foram disponíveis. Mais uma vez, obrigada.

ANEXO 2 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELO PROFESSOR FISIOTERAPEUTA EUGÊNIO LOPEZ SANCHEZ, PARA FISIOTERAPEUTA VALÉRIA RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, NO DIA 18 DE JANEIRO DE 2001.

V- GOSTARIA QUE O SENHOR FALASSE-ME UM POUCO SOBRE A CRIAÇÃO DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA NO BRASIL.

E- O primeiro Curso de Fisioterapia no país, foi iniciado no Hospital das Clínicas da FMUSP, titulado Curso Raphael de Barros dado pelo Serviço de Radiologia e Fisioterapia do referido hospital, sob a direção do Dr. Waldo Rolim de Moraes. Seus assistentes foram o Dr. Carlos Eduardo de Figueiredo Ferraz e o Dr. Walton Carneiro.

O curso funcionou de 1951 a 1956. Abrangia todas as divisões da Fisioterapia: Eletro, Cinesioterapia, Massoterapia, Mecanoterapia, Irradiações eletromagnéticas (Infravermelho e Ultra-som violetas) e Ultra-som, Fundamentos de Enfermagem, Cirurgia e diversas patologias, Ética e mais algumas complementares. A duração do curso foi de um ano. As práticas eram realizadas no ambulatório do Serviço e nas enfermarias do HC.

A partir de 1957, inicia o Curso de Fisioterapia no padrão internacional da W.C.P.T., em parceria com a OPAS e a FMUSP. O Professor E. F. Godoy Moreira, catedrático de Ortopedia e de Traumatologia da referida faculdade, cede o primeiro andar do prédio de Ortopedia, para instalar o Instituto de Reabilitação, onde se desenvolveram o Curso de Fisioterapia e outros sobre locomoção para cegos, Orientação Profissional, de Próteses, etc. O Instituto promovia anualmente Seminários e logo mais, iam-se instalando em diversos Estados do país, esse modelo de Instituição, com seus respectivos Cursos, em Belo Horizonte, Fundação Arapiara, no Rio de Janeiro a ABBR, em Salvador o Instituto Baiano de Reabilitação.

V- COMO FOI A INFLUÊNCIA DA WCPT NO BRASIL?

E- Sempre foi benéfica. Por ela estar ligada a OMS-OPAS, todos os assuntos sobre a formação destes profissionais ficaram sob a sua orientação, como órgão consultivo. Deu todo apoio a ABF para a consolidação da entidade. Posteriormente, na ocasião da preparação do Iº Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas (1964) realizado no Rio de Janeiro, recebemos a colaboração de todos os membros filiados a WCPT. Foi por este evento, que a ABF foi conhecida e reconhecida oficialmente, a nível nacional e internacional.

V- POR QUÊ O INTERESSE DA ONU EM INSTALAR UM CURSO NO BRASIL?

E- A decisão foi tomada após pesquisa realizada pela OPAS entre os países latinoamericanos. São Paulo preenchia os requisitos básicos: grande rede hospitalar, o maior pólo industrial da América Latina, o maior número de acidentados por diversas causas, que seriam atendidos pelos programas de Reabilitação.

V- COMO ERAM AS AULAS?

E – Inicialmente as aulas eram adequadas, de acordo com os critérios da época, mas suscetível de evolução. A maioria das aulas eram dadas pelos médicos das referidas instituições: Dr. Roberto Taliberti, Dr. José Rodrigues Louça e alguns docentes da FMUSP.

As aulas teórico-práticas eram dadas pela Fta. Karin Lumborg do corpo de especialistas da OMS-OPAS.

Transcorridos os primeiros anos, o curso sora ampliado para três anos acadêmicos.

V- A ABF PARTICIPOU DA ELABORAÇÃO DO PARECER 388/63?

E- Não participou. Depois que a ABF terminou sua organização interna e foi consolidada a nível nacional, iniciou as providências cabíveis sobre os itens polêmicos do Parecer 388/63, que foram sendo superados paulatinamente.

Não foi a ABF. A ABF queria o endosso da WCPT, mas o Brasil não era sócio. A área médica bolqueava, difamava. Alguns médicos nos apoiava, mas foi um processo muito lento.

A WCPT publicou que seus cursos deveriam ter no mínimo 2 anos, assim como aconteceu com o curso do Instituto de Reabilitação.

V- PODEMOS DIZER QUE ESTE PARECER 388/63 SEGUIA AS DETERMINAÇÕES DA WCPT?

E- É irrelevante dizer se o Parecer mencionado seguia ou não a orientação da WCPT. O fato foi, que o Parecer no decurso do tempo evidenciou sua inadequação em relação a atender às necessidades dos fisioterapeutas, essas mudanças foram penosas de serem aceitas. Nessa luta a ABF fortaleceu-se nas reivindicações, que levaram vinte anos de luta perseverantes no MEC e no CEF.

V- COMO FOI O CURSO NO MÉXICO?

E- O curso foi de alto nível, planejado com três anos de antecedência, pela WCPT-OPAS, com professores doutores fisioterapeutas de várias Universidades do Exterior.

O Curso teve a duração de nove meses, com 9 horas diárias de atividades docentes foram realizadas nas cinco Escolas de Fisioterapia de México D.F.

A rede hospitalar do INSS estava equipada dos aparelhos mais modernos no ano de 1969, em termos de fisioterapia.

Houve rigor na seleção dos candidatos do Curso, pois deveriam ter um mínimo de cinco anos de práticas de ensino, nos seus respectivos países.

Tanto as aulas teóricas e práticas de Anatomia e Fisiologia, como as de Psicologia e Pedagogia, além das de Fisioterapia, estavam perfeitamente entrosadas, mantendo o nível de prestígio de seus organizadores, a WCPT e a OPAS.

V- POR QUÊ A ESCOLHA DO MÉXICO?

E- A escolha deve-se a conclusão lógica da pesquisa realizada pelos organizadores do Curso, nos países latinoamericanos. O México reunia todas as exigências básicas para ser sede de um curso dessa natureza.

V- VOCÊS TROUXERAM AS IDÉIAS DE LÁ E IMPLANTARAM NO BRASIL?

E- É verdade, os professores retornaram com uma riqueza maior de conhecimentos e de experiências aos seus respectivos países.

Tiveram que fazer esforços para se adaptarem às realidades locais. Mas todos cumpriram a satisfação o que se esperava deles.

V- COMO OCORRERAM A EXPANSÃO DE NOVOS CURSOS NO BRASIL?

E- Essa expansão foi consequência da nova normatização do ensino, determinada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Também influenciou a Resolução nº 4 de 28/2/83. A Educação virou um bom investimento no país. O Estado de São Paulo registrou o ano passado 50 Cursos Superiores de Fisioterapia.

V- E QUANTO AO CURRÍCULO DE 83?

E- Depois de ter sido experimentado, quase vinte anos, no referido currículo detectou-se alguns aspectos já superados, e portanto, a necessidade de sua atualização.

Com essa finalidade, faz alguns anos que está sendo realizados estudos pelos CEEFisio, IES, Entidades de Classe, em relação as novas normas do MEC.

V- COMO ERA O ALUNO QUE ENTRAVA NO CURSO?

E – Cada vez torna-se mais difícil traçar o perfil de um aluno, sem cometer-se injustiças. A vida moderna está tão agitada, que a sociedade tem dificuldade de encontrar-se consigo mesma. Tudo é rápido e transitório, tudo é descartável, até as próprias famílias. O que é evidente é o maior grau de informação do aluno que entra numa faculdade. A maioria sabe bem o que ele quer, e o que lhe é exigido. Para competir no mercado, precisa estar bem preparado, e essa realidade começa pela faculdade.

V- COMO VOCÊ VÊ A PARTICIPAÇÃO DOS POLÍTICOS DENTRO DA FISIOTERAPIA?

E- Seria até desejável que acontecesse, sempre que fossem representantes responsáveis, dignos e éticos. Mas, as entidades de classe, devem ser rigorosas para zelar pelo seu patrimônio profissional, evitando a demagogia e a politicagem.

ANEXOS.

1 - Graduação:

Fisioterapia. Curso "Raphael de Barros" da FMUSP - 1956.
Revalidação em Fisioterapia no Instituto de Reabilitação da FMUSP-1960.
Local: Instituto de Reabilitação da FMUSP

Outros Cursos. Quais? -Curso de pós-graduação em Saúde Pública. 1976.
Local: Faculdade de Saúde Pública da USP.

- Curso de graduação em Química Industrial. Faculdade Industrial de -
Sevilha. Espanha. 1947.

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?
(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores).

-Na realidade todas as disciplinas contribuíram, sem maior destaque.
Elas já estavam incluídas na portaria ministerial nº 511/64 do MEC e
eram lecionadas no Curso Raphael de Barros (1950-56). As aulas eram mi-
nistradas pelo corpo docente da FMUSP e outros funcionários de ensino.

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua -
formação? Cite algumas razões.

- Quando em 1957 encerrou-se o Curso Raphael de Barros, a seguir foi -
implantado o curso de fisioterapia do Instituto de Reabilitação da -
FMUSP (anexo a Cadeira de Ortopedia e Traumatologia do Prof. Godoy -
Moreira). O curso tinha por base, o padrão internacional da W.C.P.T..
A primeira profa. de fisioterapia foi a Fta. Karing Lunborg da Suécia,
que ficou vários anos com nosco. Com ela, vieram outros especialistas-
de reabilitação. Todos foram competentes, mas não deixaram marcas na
minha formação. A razão principal é porque sou autodidata.

4. *Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais).*
4. -Iniciei os estudos de fisioterapia já adulto. Os fisioterapeutas e -
médicos que mantive contato de alguma maneira, cito: Karin Lumborg; -
Voss (Kabat); Miss Bobath; Teirich-Leube e outros. Entre os médicos -
lembrou-me de : Viktor Frankl (O sentido da vida); Eric Fromm (Ser ou -
ser) Rusk (reabilitação); algumas obras de Hipócrates e os filósofos
gregos: Sócrates, Platão, Aristóteles. Filósofos chineses como Confúcio
e Lao-Tsé etc. Quando se apresenta a oportunidade, recomendo os meus
preferidos: A Bíblia, Santo Agostinho (Confissões), Teresa de Ávila, -
Gandhi, R. Tagore, Bertrand Russell, Einstein, Helena Keller, Albert-
Schwitzer me são familiares.

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que -
 mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil.
 (Numere em ordem de prioridade)

- (3) Inglaterra (1) Estados Unidos
 (2) Alemanha (4) França

() outras.

6 - Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas dis-
 ciplinas práticas do curso.

- (2) acidentados
 (3) doenças congênitas
 (1) pré e pós operatórios
 () outras.

7 - O curso realizado valorizava mais a:

- () prática () teoria (X) ambas

Por quê? O curso era equilibrado. Permita-me expor minha opinião
~~particular~~, compartilhada por outros colegas, em assunto tão polêmico.
 Os Fias. procedente de cursos em que as aulas teóricas ultrapassa-
 ram as das práticas apresentaram esta realidade: Durante os primeiros

anos da atividade profissional, de fato aparece um déficit no domínio -
 da prática clínica em relação aos profissionais que receberam maior
 nº de aulas práticas. Essa diferença começa a diminuir rapidamente -
 nos primeiros anos depois de formados, desaparece e ultrapassa, mos-
 trando superioridade sobre os segundos, devido a sólida fundamenta -
 ção teórica que recebiam.

8 - Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(X) sim. Quais? Curso para Professores de Escolas de Fisioterapia
 promovido pela OMS e WCPT em México D.F. 1969

9 - Localidade México D.F.

9 - Atuação profissional inicial.

Local Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP
 Ano 1956

Área Ortopedia - Traumatologia - Reabilitação.

10 - Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

(X) não

11 - Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?
 - Sempre foram cordiais, respeitadas e positivas e continuam sendo.

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

- Normal e justa em consequência dos méritos conquistados pelo bom desempenho profissional e ético.

13- Participa de entidades profissionais ?

Sim. Quais? Desde início de carreira, dediquei todo meu esforço para fundar uma associação que representasse os fisioterapeutas. Com esse propósito trabalhei ^{intencionalmente durante} duas décadas (58-1976). Depois me limitei a cumprir as obrigações legais exigidas pelas diversas instituições profissionais.

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

- Foram: 1) a AFESP: Associação de Fisioterapeutas do Estado de São Paulo. 2) A AFEG : Associação de Fisioterapeutas do Estado da Guanabara. Transcorridos dois anos de atividades a AFESP modificou seus Estatutos para crescer e se tornou a ABF : Associação Brasileira de Fisioterapeutas.

15 - Como foram organizadas?

-O Estatuto de toda associação profissional deve enquadrar-se em normas pre-estabelecidas por lei. Fizemos nossa parte o melhor possível e acertamos na bola. Posteriormente verificamos, que os alicances foram muito sólidos, o que permitiu agir com segurança no meio de tempestade.

16 - Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

- Todas convergiam no mesmo objetivo: o reconhecimento oficial da profissão. No entanto, a única entidade que na época tinha competência, por estar melhor preparada, para o desempenho de tão árdua tarefa foi a ABF.

17 - Como foram as participações dos grupos de profissionais dos di -

(continuação)

- referentes Estados do país?
- O C. F. que já assistiu a uma das Assembleias Gerais dos Congressos Brasileiros de Fisioterapia poderá responder melhor sobre o "climax" reinante quando participam as representações estaduais: uma Torre de Babel".
- 18 - Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?
 - (x) sim. Quais? A ABF. Não foi fácil obter esse apoio político. Os mais inteligentes de nossos companheiros, souberam manter contatos pessoais com determinados políticos de projeção no Congresso Nacional e facilitaram os trâmites legais.
- 19 - Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?
 - Os políticos informados do conflito entre as classes profissionais de fisiatra e fisioterapeuta posicionaram-se assim: os políticos (médicos) apoiavam os fisiatras (colegas), e os demais políticos - quando solicitados em nome da ABF apoiavam os fisioterapeutas.
- 20 - As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?
 - (x) sim. Como?. Do período de 1959 a 75 a ABF atua através das suas Comissões de Ensino e outras, apresentando as reivindicações ao MEC referente ao currículo profissional. Em 1976 a ABF e o Cofite separadamente aumentam a pressão de seus direitos, até que o CFE publica a Resolução nº 4 de 26/2/83 que fixa o mínimo de conteúdo e duração do curso de fisioterapia vigente.
- 21 - As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?
 - (x) sim. Como. As políticas educacionais do período militar no Brasil (e no continente sulamericano), tinham por base os princípios da Lei da Segurança Nacional, uma forma disfarçada do governo norteamericano exercer a hegemonia no hemisfério sul. O pensar nacional foi submetido a esse esquema. Os alicences da educação -

foram reafirmados, assim também o de ensino superior. No Cetera docente exigem-se cursos de mestrado e doutorado e se incentiva a pesquisa. Os currículos universitários são atingidos pela reforma inclusiva e da fisioterapia. Isto originou uma abertura de mercado para o Fta, acossado a trabalhar apenas na reabilitação penetrando assim em todas as áreas da saúde.

22 - Quais as prioridades nas políticas de saúde neste período?

- Resumem-se a implantação de medidas e programações que eleva o nº e o nível de formação de todos os profissionais da equipe da saúde, para atingir o atendimento devido desde a promoção da saúde até a reabilitação.

23 - Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

- Os planos governamentais de saúde evidenciou o papel importante que o Fta. tem na equipe de saúde e quanto ele foi relegado pelas autoridades anteriores. Foi no período militar que este profissional recebeu justiça e adquiriu status com o Decreto-Lei 938 de 13/10/69 e a regulamentação do decreto, através da Lei 6.316/75.

24 - Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações - você faz a respeito de:

Influências externas: a principal provém do fato da AEF ter ingressado na WCPT (1963). A partir daí iniciou-se o intercâmbio científico com as associações nacionais estrangeiras que perdura até hoje.

-Influências internas: Elas foram: 1) A realização do I Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, realizado pela AEF na cidade do Rio de Janeiro (1964) estando a sede da AEF em São Paulo. A WCPT e as associações membros deram total apoio a esse evento e participaram. Foi a consagração definitiva da AEF no cenário internacional e nacional. 2) A atuação persistente de alguns fisiatras no Congresso Nacional para modificar o Decreto-Lei 938.

Conquistas: Estão discriminadas nas Resoluções do Conselho e Créditos, amparadas pela Lei nº 6.316/75.

Frustrações: Há necessidade de fazer uma revisão da pedagogia - usada nas Faculdades para o desenvolvimento da maturidade profissional. A informação científica exige fundamentos e atualização e - suas exigências devem ser atendidas, para garantir a competência e - o sucesso no mercado de trabalho. Mas, devemos reconhecer que isso - é apenas uma parcela das necessidades humanas. Existem também as de ordem superior, as espirituais e morais. E neste nível, estão os problemas de consciência: o discernimento entre praticar o bem ou o mal, a prática do livre arbítrio. Estas considerações e outras re- deixam e enriquecem o "ser fisioterapeuta", de conseqüências reais para o crescimento e fortalecimento da autêntica conscientização do Ft.

Objetivos: São inúmeros os caminhos para atender as necessidades do item anterior.

Desafios: Eles indicam os objetivos a ser atingidos. O principal é - assumir pessoal e corajosamente o "ser fisioterapeuta" já que estamos no início do Terceiro Milênio, revelando o rumo que deveremos seguir, que a maioria aceita, como a lógica do bom senso: a aquisição de:

MAIS CIENCIA COM MAIS CONSCIENTIA.

Ft. Eugênio Hyslop Duarte

São Paulo 26/3/2001

**ANEXO 3 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELA FISIOTERAPEUTA
EGLACY C. DA SILVA, NO DIA 6 DE FEVEREIRO DE 2001.**

V - Eu gostaria que você iniciasse falando-me sobre o seu curso, como você optou pela fisioterapia, o local, etc.

EC - Eu tive conhecimento da existência do curso através do pai de uma amiga minha, que fazia o 2º grau comigo, que era médico. Então me interessei pelo curso, fui verificar como ele era dado, e tudo, e aí eu prestei uma prova.

V- Já era um vestibular na época?

EC- Era uma prova, era uma prova, aí eu prestei uma prova, porque naquela época..., depois o curso ainda não era reconhecido.

V- Ele era de duração de um ou dois anos?

EC- Dois anos, era com duração de 2 anos. Aí nós fizemos o curso e depois, naquela época, eu fui presidente do Centro Acadêmico. O curso era ligado a ONU, na época que eu fiz, e depois disso, aí começou o trabalho da Associação Brasileira, porque só tinha Associação Brasileira, não tinha a Paulista, a Associação Brasileira para o reconhecimento do curso. Então, nós nos reuníamos, começamos a buscar uma forma desse curso ser reconhecido.

Em 1979 nos fomos avisados, todo o pessoal começou a lutar pelo reconhecimento do curso e ver quem poderia auxiliar como deputado, políticos (né?), e uma das colegas conhecia o Brenner da Silveira, a Ana Lúcia, ela conhecia... ela era até secretária da Associação, eu era presidente, ela era secretária, conhecia o Brenner da Silveira, e ele começou a dar apoio ao ... justamente a essa nossa luta.

V - Ele era de dentro da própria faculdade ou ele era ligado à Brasília?

EC- Não, ele era de Brasília, ele era deputado federal em Brasília, tanto é que ele ainda continua como deputado federal, nunca deixou essa cadeira de deputado federal. (risos)

V - É um bom tempo!

EC- E ele fazia parte da Comissão de Justiça, ele era deputado federal, mas fazia parte da Comissão de Justiça, que justamente verificavam os cursos quando você fazia todo o projeto do curso e ia para Comissão de Justiça, era discutido na Comissão de Justiça, e passava por outras comissões, mas o principal era a Comissão de Justiça. E na época, isso ele nos telefonou e disse o seguinte, que o nosso projeto ia ser votado, nessa época inclusive, nós havíamos feito o projeto, e nós fizemos uma apostila para cada deputado que fazia parte da comissão, explicando o que era Fisioterapia, quais os objetivos, quais as áreas, naquela época as áreas que a Fisioterapia, vamos dizer, dava assistência era só as áreas clássicas, era ortopedia, traumatologia, neurologia, mais nessas áreas.

V - Isso foi em que época?

EC- 1959. Eu formei, nessa época a luta começou em 1959, a luta começou em 1962. Ainda não tinha nada estipulado, quando ele nos telefonou e disse... voltando, nós tínhamos mandado uma apostila para cada deputado, explicando o que era o curso, quais eram os objetivos, qual a formação dos profissionais, para onde se direcionava o trabalho desses profissionais e então isso estava tudo dentro dessa apostila. Isso foi no começo de outubro, quando chegou no dia 11 de outubro, ele nos ligou e disse o seguinte... isso foi dia 10 de outubro, ele falou que o nosso projeto ia ser votado no dia seguinte, junto com o projeto dos massagistas, que se nós não fossemos a Brasília, que ele seria anexado ao dos massagistas. Aí nós avisamos as Associações dos outros Estados, para que eles viessem, nós viemos para Brasília e o pessoal também dos outros Estados vieram. Nós fizemos uma reunião, aonde foi discutido como nós direcionaríamos isso.

O Brenner da Silveira, ele nos chamou, e disse o seguinte: “você têm que realmente colocar o principal que vocês querem falar para poder vocês discutirem com os deputados, eles vão falar que é igual”, aí nós falamos: “mas nós mandamos uma apostila para eles”, ele disse: “poucos leram, vocês podem acreditar no que eu estou falando”.

Aí, nós preparamos, à noite nós reunimos na casa de uma pessoa de Brasília, que era da Associação, não me lembro o nosso nome, e direcionados. Quando chegou nessa época, quem estava comigo era a Veridiana, que ela era... é uma Terapeuta Ocupacional, e ela também fazia parte da Associação, ela era 2ª Secretária, e aí nos fomos prá essa reunião, para essa da Comissão de Justiça, mas o pessoal de todos os Estados compareceu, cada um com a sua representação, então foi realmente com a representação boa, e não tinha ninguém dos massagistas, não foram avisados, e quando tava no meio das colocações, um dos deputados falou o seguinte, que ele não via diferença entre um e o outro, para ele era tudo igual, qual era diferença? Ambos não faziam massagem?

Foi quando o Brenner da Silveira tinha me chamado para sentar ao lado dele eu fui ouvindo (né?) e aí eu disse para ele: “eu posso interpelar?” ele falou: “a hora que você quiser”. Aí eu pedi a palavra, pedi a palavra e perguntei ao deputado se ele havia lido a nossa apostila, onde a gente explicava o que era a Fisioterapia e tudo, qual a diferença de um ou outro, e tudo o mais. Ele não respondeu a minha pergunta. Falei: “bom, o senhor não

está respondendo à minha pergunta é porque o senhor não leu. Então, se o senhor não leu, se o senhor não é da área, como o senhor quer discutir com profissionais? O senhor não tem condições de discutir comigo como profissional”.

Aí outros colegas, inclusive o Pedro Paulo que era do Rio de Janeiro, já entrou na conversa, todo mundo já começou a falar, e um deputado do Paraná também pediu a palavra e disse o seguinte: “Que só poderia avaliar a diferença de um para outro porque ele já tinha tido problema na família, e ele era um exemplo disso”, então que ele realmente via uma grande diferença. E mencionou que tinha tido um sobrinho, e ele citou, e assim muitos entraram em defesa, e nós acabamos naquele dia, aí terminou (né?) a sessão, e no final do dia, isso foi de de manhã, o Brener da Silveira nos chamou e disse: “Olha o projeto de vocês passou e o deles ficou, vocês estão separados”, e foi nesse dia, que foi realmente reconhecida a profissão de fisioterapeuta, porque realmente depois essa lei foi a 938 de 13 de outubro de 69, e depois que veio a lei do primeiro foi o reconhecimento da profissão e depois foi a organização da profissão em si que é a lei 6315, se eu não me engano.

Então, essa foi, esse foi o 1º passo, depois disso que foram criados os Conselhos, e começou a ser distribuído todas as funções de cada local.

V- Como que era Eglacy, a formação mesmo do profissional, como que eram as aulas que vocês tinham?

EC- As nossas aulas eram dadas no, tanto na Faculdade de Medicina, como no próprio Hospital das Clínicas. A nossa prática era toda no Hospital das Clínicas.

V- O curso tinha um caráter muito mais prático do que teórico?

EC- Não, nós tínhamos aulas teóricas, inclusive nós tínhamos... tanto é que na ocasião, houve um problema, eu era aluna quando teve o problema que nos disseram que nós não teríamos a disciplina de neurologia teórica. Então, nós combinamos o seguinte: “tudo bem, não vai dar a disciplina, então também nós não vamos dar assistência no estágio”, porque eles dependiam de nós para tocar o serviço. Então nós fizemos o seguinte: nós fomos todos de branco, uniformizados certinho, sentamos no saguão do Hospital das Clínicas e ficamos lendo jornal.

Aí o Diretor foi nos procurar e perguntar o porquê. Aí eu era presidente do Centro Acadêmico e disse para ele: “não, nós não vamos assumir estágio, nós queremos as aulas teóricas. Como é que nós vamos assumir o estágio sem ter conhecimento?” Aí ele falou que não, que no dia seguinte teria aula, e nós tivemos aula com os melhores professores em neurologia que tinha lá. Foi o Dr. Abrão.

V- Vocês tinham aulas com fisioterapeutas e médicos também?

EC- Fisioterapeutas nós tivemos nos estágios. Nos estágios que eles nos davam assistência.

V- Vocês não tiveram as disciplinas de Fisioterapia aplicada?

E- Não, as disciplinas de Fisioterapia aplicada eram já direto na prática.

V- E nessa época, você fez o curso.. você terminou em 1900 e...

E- 62

V- Teoricamente era esse currículo aqui que valia, não é? Não, era até antes disso aqui, porque esse que é de 64, o primeiro currículo que teve, era Fundamentos de Fisioterapia, Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada. O seu é anterior a isso?

E- O meu é anterior a esse, mas foi baseado no nosso que foi feito esse.

V- Mas você tinha... o que que você acha dele?

E- Fundamentos de Fisioterapia nós não tivemos; ética, história, isso aí nós não tivemos.

Depois, Fisioterapia Geral, Fisioterapia aplicada. A parte aplicada nós não tínhamos a parte teórica, nós tínhamos a parte já com supervisores e direito.

V- Os fisioterapeutas que davam aulas para vocês eram o Danilo, o Eugênio e o irmão dele?

E- O Danilo, o Eugênio, o irmão do Eugênio, quem mais que dava aula? Tinha mais gente, que era no outro pavilhão, eram... eu não me lembro mesmo.

V- Mas você acha que foi a prática de vocês que levou à construção desse currículo? Pela vivência de vocês?

E- É claro.

V- E como que era Eglacy, não sei se você participou, como é que foi a construção do outro currículo? As pessoas que participaram?

E- Dessa parte eu não participei.

Eu participei até, porque quando eu era presidente da Associação Brasileira, o Danilo foi antes do que eu, e quando ele me passou a Associação eu disse para eles o seguinte: “Olha eu vou ficar na Associação, o meu compromisso com a Associação é o reconhecimento. Reconheceu, eu me retiro”. E foi justamente o que eu fiz. Reconheceu, foi até assim interessante, porque ninguém queria pegar, e aí eu conversei com o Danilo. Falei, “não Danilo, o compromisso que eu tinha feito eu cumpri, agora eu tenho que cuidar das minhas coisas”. E aí, ele reassumiu.

V- Eu conversei com a Sônia Manso, e ela me disse que havia uma Comissão de Representantes que discutia os currículos dentro da ABF.

E- Mas foi depois de mim, depois que eu sai. A Sônia entrou na Associação depois que eu sai.

V- Você não teve nenhuma atuação como docente lá dentro do curso?

E- Não

V- Você saiu do curso e começou a trabalhar como fisioterapeuta?

E- Como fisioterapeuta. Nunca atuei como docente.

V- Quando você ainda estava cursando, que tipo de profissional que se pretendia formar? Existia algum discurso dos professores? Que tipo de profissional vocês queriam ser, enquanto estudantes?

E- Sempre a visão que foi dada para nós, só foi o que diz respeito a reabilitação, reabilitar as pessoas para que eles voltassem, ou se aproximassem o máximo possível, minimizar as limitações deles. Então sempre foi com uma visão reabilitadora.

V- Mas vocês queriam ser mais que os técnicos? Vocês queriam superar essa visão técnica do profissional?

E- É claro, porisso que a gente lutava para ter outras disciplinas e para ter um conhecimento maior, e nós sabíamos que nós só conseguiríamos isso com um maior conhecimento.

V- E vocês em algum momento tinham uma visão de fazer um curso que fosse mais humanista? Ou a importância era a garantia da parte teórica?

E- Não, para nós não. A importância, naquele momento, pelo menos naquela época, era a garantia da parte teórica.

V- É o que iria dar competência...

E- Era o que iria nos diferenciar, você aplicar e saber o porquê está aplicando: fazer e saber o porquê estava fazendo.

V- Vocês ingressavam através de concurso?

E- Ingresso na escola?

V- Sim

E- Pelo vestibular.

V- As pessoas que entravam, a maioria sabia o que era fisioterapia? Como que era?

E- Não, na época tinha não tinha muito candidato, não era um curso muito procurado, não tinha muito candidato, e a maioria sabia porque que estava lá, qual era o objetivo? E o objetivo, pelo menos do meu grupo, era um grupo pequeno, nos só éramos 15 pessoas, que formou só 7...

V- Saiu metade...

E- Saiu metade. Teve gente que faleceu, sabe, porque todos tinham, por exemplo, eu era uma das mais novas do grupo, não tinha gente da minha idade. Eu era a nova do grupo, que todas as tem mais idade do que eu, então, o objetivo que todos estavam lá era esse. Na minha turma, porque exemplo, tinha pessoa formada em psicologia.

V- Já era um segundo curso...

E- É, entende? Era diferenciado.

V- Nessa época Eglacy, tinha algum outro Centro no Brasil que também formava fisioterapeutas?

E- Tinha a ABBR, só a ABBR.

V- Como era o relacionamento entre os cursos? Existia algum intercâmbio?

E- Não. Não existia não.

V- Vocês sabiam o que eles estavam tendo? Como que era o curso deles?

E- Não, não existia esse intercâmbio.

V- E posteriormente, como é que você viu a participação das demais regiões do país nessa construção da profissão, acho que nem mesmo do curso, mas da profissão? Você acha que houve participação de outros locais ou você acha que sempre foi São Paulo?

E- Não, eu acho que a participação dos outros locais foi importante. Apesar de, por exemplo, cada um ter uma realidade diferente do outro. Por exemplo, a nossa realidade em Goiás é diferente da realidade de São Paulo, é diferente da realidade, por exemplo, do Nordeste. São realidades diferentes, mas eu acho que esse intercâmbio é importante. Por exemplo...

V- Mas isso existiu nessa época? Por exemplo, quando você saiu da faculdade, você estava dentro da ABF, existia um intercâmbio entre os vários centros de formação?

E- Não existia, assim, uma intercâmbio, vamos dizer assim, sistemático, não existia. Mas por exemplo, se nós, dentro das Associações, se a gente pedia alguma colaboração das Associações, eles nos davam. Tanto é que quando foi pedido que todos comparecessem em Brasília, todos foram; todos tiveram representação em Brasília e todos por conta própria.

V- Você acha que podemos falar que a USP foi o berço da Fisioterapia?...

E- Foi o berço.

V- Mas eu acho que não foi só lá que a Fisioterapia nasceu?

E- Não, a Fisioterapia não nasceu só na USP. Mas, quem lutou para que a Fisioterapia existisse foi só a USP. Porque de quem partiu toda a iniciativa? Foi da Associação Brasileira. Onde é que ela era? Em São Paulo.

Então, toda a iniciativa partiu da Associação Brasileira, e na época era São Paulo.

V- Era mais forte, não é? E é até hoje ainda o Centro mais forte em Fisioterapia.

E- É em São Paulo. Como cultura, como crescimento, tudo é São Paulo. Não adianta, São Paulo que é o berço. Então, não adianta discutir isso.

V- Vocês tinham alguma influência de profissionais de fora Eglacy? Profissionais de outros países?

E- Tinha, na época, por exemplo, quando eu fiz o curso, tinha a profissional... quem nos dava a disciplina de massagem, ela era sueca. Então vinha professores da ONU, nós tínhamos professores da ONU.

V- Isso porque a ABF já tinha conseguido se unir à WCPT?

E- Não, porque o Curso, que era mantido na USP, ele era mantido pela ONU.

V- Era a ONU que...

E- Pela ONU. A ONU que mantinha o curso. Os professores, tudo, eram pagos tudo pela ONU.

V- Esse pessoal vinha de fora, então muita coisa a gente incorporou foi realmente, a visão que a Fisioterapia foi construindo foi de professores que vieram de fora?

E- De professores que vieram de fora, e eles tinham uma visão diferente.

V- Você consegue lembrar de mais algum além dessa sueca?

E- Não. Ela era a professora Karin, ela era sueca. Mas eu acho que, pelo menos na minha turma, a única pessoa de fora era ela.

V- Quando você teve aula, o Eugênio tinha ido fazer um curso...

E- Tinha, de professor, ele e o Danilo.

V- E qual que era o discurso deles ao voltar?

E- Eles vieram com uma visão totalmente diferente, inclusive como profissionais. Eles vieram com uma visão diferente. Porque por exemplo, eles vieram valorizando a Fisioterapia, bem dizer que o Danilo sempre

valorizou muito, sabe, a Fisioterapia; mas eles vieram procurando desenvolver na gente essa mesma visão, que a gente valorizasse realmente o que estava fazendo.

V- Você acha que você poderia dizer que eles foram as pessoas que incutiram isso nas pessoas que foram seus alunos?

E- É lógico, eles influenciaram. É claro que influenciaram. E eles assim, tanto o Danilo, como o Eugênio, como (esqueci o nome do irmão dele).

V- Era Angel.

E- Angel. O Angel parece que faleceu?

V- Faleceu

E- Mais era o Danilo e o Eugênio, o Angel era... ele não, era, mais assim distante um pouco, mas o Danilo e Eugênio, eles lutaram muito dentro do próprio Hospital das Clínicas.

V- O local de briga deles ainda foi ali?

E- Foi dentro do Hospital das Clínicas.

V- Foi isso que jogou a semente para isso poder...

E- Tem também o Dr. Godoy Moreira. Dr. Godoy Moreira era um defensor da Fisioterapia.

V- Ele é médico?

E- É médico. Mas era defensor da Fisioterapia.

V- Como que a relação com os fisiatras nesta época?

E- Lá não tinha fisiatra.

V- Lá no HC não tinha?

E- Não tinha fisiatra.

V- Eles surgiram depois então?

E- Depois que começaram a surgir. Mas lá não tinha fisiatra não.

V- O serviço era só do médico especialista...?

E- Ortopedista, etc.

V- Neuro e o fisioterapeuta?

E- E o fisioterapeuta. Não tinha o Fisiatra.

V- Então não tinha “as encrenças”?

E- Não, tinha até um fisiatra, minto. Tinha um fisiatra que era o Dr.... Ele dava a parte de Fisioterapia, mas ele dependia muito do fisioterapeuta. Ele tinha feito o curso de fisiatra. Vou ver se eu me lembro o nome deles. Ele era lá do HC.

V- No momento que esse curso foi reconhecido, em 69, a profissão de fisioterapeuta; não teve oposição dos fisiatras?

E- Não, Porque eles não sabiam o quanto ia doer no bolso deles. A hora que eles desconfiaram que ia doer no bolso deles (risos) é que começou a guerra. Eles não sabiam, entende?

V- E quando foi para abrir os Conselhos, daí eles armaram...?

E- Aí eles começaram, por quê? Porque aí eles começaram a perceber que nós não iríamos só ficar naquilo. Que nós iríamos muito mais adiante. Que é quando começou a dor no bolso.

V- Mas até a aprovação não teve...?

E- Não teve.

V- Porque nós temos essa impressão.

E- Não, não teve. Tanto é que nós não tivemos oposição nenhuma na Comissão de Justiça. Não tivemos nenhuma oposição. Correu bem.

V- Nesse... não sei se você tem conhecimento desse parecer aqui de 63, você deve conhecer, que diz por exemplo: “uma comissão que resolve”... “a Comissão insiste na caracterização dos profissionais como auxiliar médico, e tem a tarefa...”. De onde você acha que surgiu esse discurso se não foi dos médicos? Porque a impressão que dá aqui, que o médico impediu que o fisioterapeuta fosse considerado um profissional de nível superior?

E- Não, de nível superior. Técnico. Tanto é que quando nós conseguimos o reconhecimento da profissão, eles pensavam que nós fôssemos reconhecer a profissão como técnicos. Só que não foi isso que nós fizemos. Então, nós demos uma viravolta na coisa. Só que eles não sabiam, eles não estavam a par disso.

V- Mas o que que você acha que levou à esse documento? A esse tipo de colocação do fisioterapeuta como técnico, se não eram os médicos?

E- Eram os médicos, é óbvio que eram os médicos, só que eles não sabiam. Só que quando nós fomos reconhecer a profissão, achavam que nós não íamos reconhecer nesse nível. Entende? Eles não sabiam que não ia ser nesse nível. Porque estava sendo discutido na Comissão de Justiça, quando ela foi colocada na frente pelo Brenner da Silveira, para ser votada, naquela dia. Então não deu tempo. Por isso que ele nos avisou e disse: “Vocês tem que vir aqui hoje. Porque senão, acabou”.

Então, foi a viravolta que nós demos. Aí foi um desastre, mas não adianta, aquilo lá foi decreto.

V- Não tinha como mudar?

E- Não tinha. Decreto-lei você não pode revogar.

V- Por que se fosse um parecer poderia?

E- Poderia, tranqüilamente. Tranqüilamente. Por isso que foi Decreto lei. Não teve como.

V- OK Eglacy.

Quando você estava fazendo o seu curso, você via alguma diferença entre as disciplinas? Tinha disciplinas que havia um espaço maior do que a outra? Vocês se identificavam mais?

E- Eu acho que na minha época, cinesiologia foi muito bom. O professor realmente deu a matéria, ele valorizava. Em Anatomia nos tivemos três professores, um melhor do que o outro. Já nesse período... Anatomia também, nós tivemos uma anatomia extremamente, assim boa, inclusive tinha os monitores, que eram estudantes de medicina do 6º ano, que ainda faziam monitoria da disciplina.

V- E o professor não demonstrava diferença ao dar aula para fisioterapeuta e para o médico?

E- De jeito nenhum. Anatomia, cinesiologia e neurologia, que foi o Dr. Abrão que deu, nenhuma diferença. Inclusive, na Anatomia nos éramos muito mais preparados do que o pessoal da medicina, tanto é que depois, nós dávamos aula para Medicina. Eles estudavam conosco.

Então, alguns professores foram muito bons e deixaram saudades. Por exemplo, nós tínhamos o professor de Eletroterapia, naquela ocasião, que era até era um pesquisador; e também valorizava muito. Ele fazia pesquisa, e a gente o ajudava nessas pesquisas; fazia pesquisa com ionização, uma série de coisas que hoje nem se faz mais, mas naquela época era muito usado. Ele fazia pesquisa, a gente tinha os pacientes, separava os pacientes, para ver o que tinha ocorrido, para ver qual a melhora que o doente estava tendo, então a gente fazia pesquisa.

V- Não era uma coisa tão técnica como o papel diz?

E- Não. O professor que nos dava aula também, que dava essa parte de Fisioterapia era, o professor... até esse que fazia pesquisa, ele faz parte da história da Fisioterapia. Ele começou a fazer aplicações e tudo, ele faz parte até da História da Fisioterapia.

Então, esse outro professor de Fisioterapia também ele valorizava muito a Fisioterapia, até ele brincava, ele dizia o seguinte, que quando, que as outras áreas do Hospital das Clínicas eram assim, que eles não valorizavam nada a Fisioterapia, que quando o paciente não tinha dado resultado em nenhum lugar, eles mandavam para Fisioterapia.

V- Em último caso?

E- O último recurso, ele ficava louco da vida com isso. Então, essas coisas todas a gente atravessou.

V- Eglacy, você me disse que esse curso era mantido pela ONU.

E- Pela ONU.

V- Qual o interesse do ONU em ter um curso de Fisioterapia no Brasil?

E- Olha, isso aí nunca foi ventilado, nunca foi ventilado. Talvez, não sei, porque naquela época a Fisioterapia não era tão enfatizada, e eles tivessem interesse que ela se divulgasse, né? E quem conseguiu isso foi a Godoy Moreira.

V- Conseguiu fazer um curso?...

E- Fazer um curso. Foi o Godoy Moreira.

V- Tudo isso que aconteceu, esses documentos, a legalização da profissão, foi justamente durante o período militar. Você acha que foi uma coincidência a aprovação da Fisioterapia durante esse período, ou foi uma coisa que não teve nenhum interferência?

E- Eu acho que isso aí não mexia com eles, porque pelo contrário, a assistência que nós dávamos pra eles era muito interessante.

V- Mas por isso mesmo. Você acha, por exemplo, a visão que se tinha tanto na área da educação, como na área médica, era mais de assistência e não de prevenção...

E- Era de assistência...

V - Você acha que a aprovação da aprovação da profissão, da Fisioterapia, justamente nessa época, você vê alguma relação ou não?

E- Não, não consigo.

V- Não?

E- Se teve, eu não consigo ver. Não consigo ver isso atualmente, e nem consigo ver isso na época.

V- Como um profissional que iria atuar na reabilitação...

E- Não, não consigo ver isso.

V- Você acha que tudo que aconteceu foi uma mais conquistas de um grupo de pessoas do que de um partido?

E- Partido não, porque, por exemplo, nos éramos uma classe que na época, nunca nos preocupávamos com essa parte de política. Então talvez isso tenha facilitado alguma coisa. Nós não tínhamos essa preocupação política. Ninguém nunca se envolveu na política.

V- Era um grupo muito pequeno ainda?

E- Era um grupo muito pequeno, que não tinha essa força, vamos assim dizer. Nós não tínhamos essa força. E eles também... nós não representávamos nenhum temor para eles, eram um número insignificante, em número era insignificante.

E nós não tínhamos lideranças políticas.

V- Esse deputado que você lembrou era de qual partido?

E- Breno da Silveira, não me lembro

V- Porque era na época da plena ditadura...

E- Plena ditadura

V- O Congresso esteve fechado um período, não é?

E- Ele fechou a reabriu logo em seguida.

V- Logo em seguida, foi quando foi aprovado?

Ok Eglacy. Eu acho que era isso. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer.

E- Eu acho que isso aí é o principal. Todas essas lutas, porque você também já conversou com pessoas de São Paulo, já esclareceram uma porção de coisas.

V- Muito obrigada por essa oportunidade.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

EBLACY COSENZA DA SILVA

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

(x) Fisioterapia – 2 anos

() Fisioterapia – 3 anos

() Fisioterapia – 4 anos

Local U.S.P.

Ano de conclusão: 1962

(x) Outros Cursos – Quais? Bach e LATU SEMSV em
Educação e movimento

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?

(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

Anatomia e Neurologia professores
de áreas afins.

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua
formação? Cite algumas razões.

Dr. Abrão neurologista e Dr. Rêber
eletroterapia e Dr. Gustavo Westheimer
anatomista todos pela profundidade
das aulas.

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

Daniilo e Eugenio ambos fisioterapeutas

5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

(2) Inglaterra (3) Estados Unidos

(1) Alemanha () França

() outras _____

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

(1) acidentados

(2) doenças congênitas

(3) Pré ou pós operatórios

() outras _____

7- O curso realizado valorizava mais a:

(x) prática () teoria () ambas

Por quê? Na época precisavam de profissionais para desenvolverem a atividade nos hospitais

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(x) sim. Quais? "LATU SENSU" Educação e Movimento

Localidade Uberlândia

2

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: A. A. C. D

Ano: 1962

Área: neurologia

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

(x) não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

Boa

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

Aqui em Goiânia após a criação do curso na ESE FFE o fisioterapeuta deixou de ser maldita

13- Participa de entidades profissionais?

() não

(x) sim - Quais? ASSOCIAÇÃO GOIÂNIA DE FISIOTERAPIA.
Associação Brasileira dos portadores de paralisia cerebral

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

Associação Brasileira de Fisioterapia e Associações Estaduais

15- Como foram organizadas?

Com os profissionais da época

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

Reconhecimento da profissão

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

Embora distantes todos tinham o mesmo objetivo, reconhecimento da profissão.

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

(x) sim - Quais? *Na época o deputado federal
() não Brenner da Silveira da
antiga Arena.*

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

*A votação nos foi por partido mas
sem individualmente e na época
o número de votos nos foi favorável*

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

() não

(x) sim

Como?

Consultando escolas no exterior

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

(x) não

() sim

Como _____

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

Nesta época a saúde não era uma
prioridade

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

O fisioterapeuta não existia como
profissional até 1969

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: Como a fisioterapia começou
em outros países Europa e Estados
Unidos é óbvio que sempre tivemos e temos
influências destes países.

Influências internas: Hoje nossos profissionais fazem
pesquisas internas e estão tentando se
adaptar às nossas realidades.

Conquistas:

Atualmente temos profissionais de valor
desenvolvendo trabalhos reconhecidos
não só aqui como no exterior.

Frustrações:

O número indesejavelmente de
escolas que estão sendo aprovadas sem
que os nossos órgãos representativos
de classe façam alguma coisa.

Objetivos:

Continuar na luta para melhorar a classe e que a mesma se una mais, pois se através disso conseguirmos nos firmar.

Desafios:

Trazer o CREFITO mais perto do Centro Oeste.

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

() não

(x) sim

Qual sua opinião sobre ela?

As propostas são diferentes de um curso para o outro mas está procurando se manter dentro do currículo mínimo exigido pelo MEC

Obrigada

**ANEXO 4 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELA FISIOTERAPEUTA
SÔNIA GUSMAN EM 17 DE JANEIRO DE 2001.**

SG - Então a discussão era que ela diz no livro que a ABBR foi a 1ª escola que dava título com características de nível superior. Mas não foi. A nossa, a minha turma da USP, de 1967, foi a 1ª turma no Brasil que saiu com título de formação superior.

Quando nós entramos, eu entrei em 65 na escola, fizemos um vestibular, passamos por uma avaliação psicológica, que na época era obrigatória, por 3 dias. Fizemos vestibular com um grupo da USP (não era FUVEST) e era curso superior, entre outras. Quando nós chegamos na faculdade, no 1º ano, a turma do 2º ano chegou para gente e disse - “Vocês estão pensando que estão em curso superior? Não estão. O curso não foi reconhecido, não foi regulamentado, nada disso”. A turma que falou pra gente, era uma turma que faria só 2 anos, e era o último ano. Nós entramos já pra cursar 3 anos de faculdade.

V - Seria então este currículo, que foi aprovado em 64?

SG - Isso, com este currículo “maravilhoso”: com matérias comuns- fisioterapia e terapia ocupacional, ética, história da reabilitação, administração. Matérias específicas do curso, será de 3 anos letivos, foi esse aqui.

V - Os anteriores a este eram os chamados técnicos? Apesar deste ainda ser chamado e considerado técnico.

SG - É, mas nós quando saímos não usamos o título do técnico em fisioterapia, isto foi abolido porque daí a faculdade, a USP, reconheceu o curso. Quando sai no 3º ano, eu acho que foi mais ou menos em outubro/novembro, foi já no finzinho do ano, nos estávamos fazendo já exames, quando a Reitoria da USP nos chamou, porque nós começamos um novo processo quando nós entramos na faculdade, porque a turma do 2º ano nos chamou e disse que o curso era de técnico, não era universitário, e nós entramos com um outro processo na USP pela reitoria, e o Reitor disse pra gente: “vocês então começando pelo fim, aqui é o fim”, e eu disse: “Bom, é por isso que nós estamos começando aqui. Porque como já existe um processo, e que está enrolado”. O que nos disseram é que eles não tinham interesse em passar o nosso curso para superior.

V- Quem não se interessava? Que grupo?

SG - A equipe que administrava o curso, que eram os médicos.

Mas isso era a fala. Na verdade o processo todo já vinha rolando há muitos anos e não tinha mesmo passado. E aí, a gente pressionou, mas nós éramos muito poucos, nós éramos em sete.

V- Sete?

SG - É, porque quando nos tínhamos passado, não sei se eram 15 ou 20, agora eu não lembro quantos foram, mas eram as vagas completas, e pra gente era um curso universitário. E quando chegaram e disseram que o curso não era universitário muita gente foi embora, ficaram só sete. E aí desses sete, nós formamos uma comissão e fomos à Reitoria para averiguar se ...

V - E o que te levou a fazer fisioterapia?

SG - Ah, isso foi muito interessante. Porque quando eu era pequena, eu morava em uma cidade do interior, e tinha umas amigas de origem alemã. Uma dessas meninas, que era a irmã mais velha da minha amiga, foi para Alemanha fazer fisioterapia. E eu achei aquele nome muito interessante. Ai fui perguntar o que que era o que ela fazia, e estava ligado à área médica, de saúde. Eu achei aquilo bárbaro.

Bom, ficou aquilo guardado na minha cabeça. Depois nós viemos pra São Paulo, para outras cidades estudar. Quando fui decidir o que ia fazer, tinha pensado em fazer medicina mas, eu até pensei: fazer medicina vai tomar muito tempo da vida da gente.

Naquela época você podia pensar uma maneira de acomodar as 2 coisas: casar, ter filhos, eu já era noiva, e fazer medicina - era um negócio assim....

Eu falei: “Bom, eu vou ver o que é fisioterapia, porque tá ligada à área médica, que é uma coisa que eu gosto de fazer, quem sabe é um negócio legal”. Fui, procurei e descobri que no HC tinha um centro de reabilitação que tinha fisioterapia, e eu fui lá ver. Quem me recebeu foi o Eugênio e a irmã dele, o Angel, que também era fisioterapeuta, ele já faleceu.

Aí mostrou o que era o centro de reabilitação, o que era a fisio, eu fiquei apaixonada. Ai falei: “vou fazer fisioterapia”.

V - E era exclusivamente reabilitação mesmo?

SG - Na época era reabilitação, era Instituto de Reabilitação.

V - E era ortopedia e neuro?

S.M.- Ortopedia, neuro, pulmão, respiratória ...

V- Já tinha alguma coisa de respiratória?

SG - Tinha, só que era assim bem primitivo: tapotagem, drenagem, essas coisas, mais em asma, bronquite, queimados - coisas desse tipo. Quem deu para gente era uma inglesa Drap Pearl.

V - Quem davam as aulas pra vocês?

SG – Eram médicos e os Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais já formados - o Eugênio, o Danilo...

V - Mas o Eugênio e o Danilo, eles se formaram nestes cursos de 2 anos?

SG - De 2 anos, e depois eles foram para o México, o Danilo e o Eugênio. Mas vinha de vez em quando um professor estrangeiro, mas era um curso técnico, e eram os médicos... por exemplo, no 1º ano, era básico e nós tínhamos aulas junto com os estudantes de medicina mesmo. Era comum anatomia, fisiologia, química, física.

V – E já existia nesta época, já que eram os médicos que davam essas primeiras disciplinas, alguma coisa assim que “diminuía” o fisioterapeuta em relação ao médico? Vocês sentiam alguma coisa como: “vocês vão ser fisioterapeutas e nós vamos ser médicos”?

SG - No primeiro ano a gente não sentiu muito isso, sentiu mais no 2º porque eles, eu vou dizer, os nossos professores de anatomia, fisiologia, foram bárbaros, e foi muito bom. Os outros não.

Quando começou a ter matérias mais específicas - eletroterapia, eu não me lembro se isso foi no segundo ou terceiro ano, aí a gente via que nem eles sabiam o que dar para gente.

V- Os médicos?

SG. Os médicos.

Então eles inventavam..., não tinha matéria, aí chegava e dava prá gente 40 minutos de aula achavam suficiente, já iam embora, e a gente pressionava.

Então tinha o Dr Ferraz, ele achou que chegava lá, meia hora de aula estava bom, aí ele jogava o giz e ia embora. Um dia nós falamos: “ele não está dando valor para nós, isso é um absurdo, vamos dar uma lição nele”. Quando jogou o giz nós dissemos: “ bom só tem meia hora ou 40 minutos de aula , e o senhor está faltando dar tanto, e a gente quer esta aula”. Ele ficou uma fera. Mas a gente pressionou muito. Tiveram que melhorar.

Foi nesta época que nós, para divulgar o que era Fisioterapia, o que era TO e o que era FONO, organizamos a 1ª semana de reabilitação. Logo no 1º ano quando começaram as aulas de anatomia, as três áreas juntas, nós pusemos para fora a fono, do segundo ano em diante não teve mais fono conosco. Porque eles não queriam anatomia completa, queriam só uma parte, a que iam precisar, e nós queríamos tudo. Aí nós colocamos para fora, para não nos prejudicar. Atualmente estão juntas novamente.

Mas, quando os outros médicos que vinham dar aulas, alguns tinham respeito pela gente, outros não estavam nem aí - era como se fosse um dinheirinho a mais ou um favor a mais para alguns dos médicos. Mas brigamos muito para exigir mais respeito.

V - As aulas eram expositivas? Qual a metodologia utilizada?

SG - Nós tivemos aulas teóricas, eram expositivas de escrever no quadro, e aulas práticas. A gente tinha práticas nos departamentos de fisio ou de ortopedia. Porque eu acho que não tinha uma fisioterapia separada, era usado o equipamento do Hospital, tanto na Unidade Central, quanto na Unidade de Ortopedia, que é onde funcionava nossa escola .

Mas a gente tinha também no prédio grande, e na fisioterapia desse prédio grande e na fisio da ortopedia. Na fisio geral a gente tinha tudo quanto era coisa: neurologia, pediatria, tinha queimados e subnutrição, fazia aplicação de ultravioleta etc.

V - Vocês tinham só estágio mesmo? Em três anos...

SG- Sim, nós tivemos tudo: teoria, prática. Os estágios, a gente tinha os estágios obrigatórios, que eram ali mesmo, e quem dava eram as pessoas da ortopedia da fisio, tinha um que eu amava, ele era um médico alemão, o Hans Sablovsk., tinha muita gente que não gostava dele, mas ele era fantástico. Tudo que eu sei de massagem, de relaxamento, ele dava pra gente. Ele era bárbaro, massagem reflexa.

Eu não sei se a Sônia Manso gostava, ou era uma outra pessoa que detestava ele.

Mas, é ... ele que inclusive me induziu a fazer a monografia sobre relaxamento, e aí eu fui buscar estágio com professor de calatonia, o Sandor, eu fiquei fazendo estágio com ele acho que uns 4 meses. Agora me fugiu, o nome dele, ele desenvolveu a calatonia. Tanto que minha monografia foi sobre as modalidades de relaxamento.

V - Vocês já faziam monografia?

SG - Fizemos tudo.

V –Não tinha como não ser um curso superior?

SG- Não, não. E na realidade ele não era oficialmente, mas nós fizemos isso tudo para torná-lo, e enquanto isso estávamos brigando na Reitoria para que o curso saísse.

V - Então na verdade a proposta do parecer 388/63 não acontecia de fato? O que estava escrito aqui no papel não era o que acontecia?

SG – Não, foi muito mais do que isso.

V - Mas isso foi por ação dos próprios fisioterapeutas, ou você acha que teve alguém que ajudou?

SG - Eu não tinha na ocasião uma maturidade suficiente pra gente saber... Eu acho que já existia um programa, um currículo anterior, que era esse. Esse que nós fizemos, não fomos nós que forçamos a barra, eu quero ter psicologia porque eu preciso, não, isso já estava lá.

V - Mas de onde saiu isso? Porque não foi da lei..

SG - Não, da lei não, mas eu acho que eles tiveram algum outro modelo.

V - Porque a lei pelo contrário, ela faz é restringir muito.

SG - Sim, era uma coisa mínima. Era o mínimo.

V - Você tem conhecimento do que ocorria nas outras universidades? Ou na época não tinha outra universidade?

SG – Não, só existiam 5 cursos: era o nosso da USP; ABBR no Rio de Janeiro; o da Bahia, Escola Baiana de Medicina; Recife, a Federal de Recife, que também não era universitário; e Minas Gerais, de Minas Gerais era Escola... ela era conhecida e por muitos anos teve essa escola, era particular e os alunos faziam estágio no Arapiara, era muito ruim, porque ali os fisiatras controlavam tudo para eles, e para nós não. Tinha fisiatra, mas não eram só eles. A parte de eletroterapia, por exemplo; ... na realidade eles eram fisiatras, mas nem sabiam que eram.

Os fisiatras daqui era o Bucolíne, do SESI. Por exemplo, a gente tinha fisiatra no HC, depois entrou a Satiko na ortopedia.

V- A Satiko entrou pra ...

SG- Pra azucrinar a gente.

V- Eu me lembro quando eu estava aqui.. eu não sei se ela ainda está aqui?

SG_ Ainda está. A Satiko, na minha época, não tinha expressão importante. O que ela tinha de bonito era um anel de esmeralda muito bonito, de medicina, e o carro dela que era um aerourllis, que na época era o máximo. Nossa senhora, a gente nem sonhava... era o máximo.

V - Mas esses outros cursos, você não tem conhecimento de como eles eram?

SG - Não sei se eram básicos também, mas eu acho que não, sempre eles tinham um pouquinho a mais, porque isso daqui era o básico, era o que tinha de existir, senão não era considerado curso.

V - Qual era o objetivo desse curso? Que tipo de profissional se pretendia formar? Que perfil de profissional?

SG - Atendimento de pacientes. Tanto é que lutamos muito pra melhorar o currículo. O médicos achavam que nós éramos os auxiliares deles, era para tratar dos pacientes deles.

A Fisioterapia evoluiu com a IIª Guerra Mundial, quer desenvolveu mais por causa do aparecimento das sequelas de guerra.

V - E aqui no Brasil teve sequelados de guerra ou não?

SG - Muito pouco, mas por causa da guerra a Fisioterapia se expandiu na Europa, EUA, e ao 1º curso, veio uma turma de professores estrangeiros, agora como veio o 1º curso eu não sei, mas isso quem deve saber é o Eugênio. E tinha um curso anterior a esse, que chamava Raphael de Barros. Esse curso Raphael de Barros, foi o precursor de tudo ...

V- Aqui em São Paulo?

SG_ Aqui em São Paulo. Acho que o Raphael de Barros é que ... não eu não sei, esse grupo suéco, essas professoras suécas, que vieram pro Brasil, eu acho que já estavam no Hospital das Clínicas.

Eu não sei te dizer se o Raphael de Barros era do Hospital das Clínicas ou não. Porque tem uma história do Raphael de Barros que passou pro Instituto de Reabilitação, e o Instituto de Reabilitação era do Hospital das Clínicas.

V - Então foi uma cópia do que existia lá fora?

SG - Foi

V - E depois disso tentou-se adaptar para as condições aqui do Brasil? Para as necessidades, já que nós não tínhamos sequelados?

SG - Acho que mais interessados economicamente, né? Quer dizer...

V - Mas quais pacientes que seriam atendidos?

SG - Seriam os paraplégicos, os tetra, a gente fazia estágio nessas áreas, em neuro e clínica geral.

V- E acidentes?

SG - AVC.

V - Acidentes de trabalho tinham?

SG - Acidentes de trabalho. Na minha época, por exemplo, o maior empregador era o INPS, na ocasião, por causa dos acidentes de trabalho. Tinha muito, tinham clínicas que faziam convênio com INPS, só atendia medicina do trabalho. Tinha muito.

V - Então pode se dizer que importou a idéia e adaptou-a às nossas condições?

SG - Sim

V – E o que levou, você se lembra desse período de quando houve essa mudança do 1º currículo para o 2º, o porquê?

SG - Na época em que fui presidente da ABF, trabalhamos muito para este currículo. Nós pegávamos currículos da Austrália, do Canadá, dos EUA, da Inglaterra, isso eu me lembro bem. Da Alemanha eu não me lembro se pegamos, porque na Alemanha o curso era técnico e até hoje é técnico. Não conseguiram passar pra nível universitário.

Quando eu morei lá em 69, a neuropediatra dizia assim para mim: “mas você tem um curso superior, o seu diploma é igual ao meu?”. Ela não se conformava que eu tinha a mesma graduação que ela. Eles me respeitavam muitíssimo porque eu tinha um curso de graduação, e eles não. Não tinham e não têm.

V- Porque demorou tanto sair o 2º currículo? Já que em 69 foi reconhecida a profissão de nível superior, e este currículo só saiu em 83. Demorou muito, mais de dez anos...uns catorze anos.

SG - Isso foi a tramitação dentro do Ministério da Educação a duras penas, porque a gente não tinha uma representatividade grande em número...

V- Tinha algum partido político que apoiava a fisioterapia?

SG - Não tinha nenhum partido político. O que a gente conseguia eram pessoas, alguns políticos, importantes, nós trabalhávamos mostrando o valor da profissão, e por sorte, eu digo por sorte porque pra nós o regime especial foi importante, porque vários generais, políticos ligados a área militar, ou o governo precisaram dos nossos serviços.

V - Você vê essa relação da fisioterapia com a área militar?

SG – Não com a área militar, mas com o governo, sim. Com o governo, porque foi mais fácil mostrar a eles o valor e a necessidade da fisioterapia.

V - Porquê você acha que foi mais fácil?

Porque era uma ditadura, não era uma democracia. E numa ditadura valia o que era, o que tinha mais força, o que tinha o direito. O que vale hoje, não é o *lobby*? Na época foi um *lobby* também. Foi muito forte também.

Era mais fácil impor as idéias, mostrar nosso trabalho, por isso que eu acho que foi mais fácil. Vários generais faziam Fisioterapia. Chegou um para fazer fisioterapia comigo e também fazia com outra amiga minha, nós duas. Veio um outro médico e disse: “o senhor precisa passar por um fisiatra”. Um clínico geral falou a ele que precisava passar por um fisiatra.

E aí ele foi, ele tinha um neuro, que nos havia encaminhado. Quando ele voltou, estava tão indignado, ele disse: “ele não fez nada, gastei não sei quanto, ele só mandou fazer fisioterapia”.

V - Então foi uma coisa “homem a homem”?

SG – Sim, “homem a homem”. Tanto é, que quando a lei, essa 6316 ia passar pelo Congresso, e isso foi assim... para chegar até o Congresso foi uma briga, eu tive que ir buscar no Congresso, buscar em comissões, buscar aonde estava, sumia ali, íamos pegar de novo. Enfim, seguir o caminho do processo, pra descobrir onde estava, pra poder agir. Esse projeto só saiu, porque nós fomos ao Ministério do Trabalho, falamos com Dr Arnaldo Pietro, e dissemos: “o nosso projeto de lei sumiu”. Esse projeto foi elaborado por um ... meu cunhado na ocasião era Deputado Federal, e ele tinha um assessor jurídico ótimo, então ele elaborou o projeto.

V – Qual projeto?

SG_ Da criação do Conselho. E aí ele tinha sumido, ele deu entrada, mas sumiu dentro da Câmara. Eu sei que por várias vezes sumiu o projeto.

Aí nós chegamos no Ministério do Trabalho e dissemos: “nós precisamos de um Conselho porque tudo que necessitávamos no governo não éramos ouvidos”.

V - Quem respondia era o Ministério da Saúde?

SG - Sim, e Trabalho quando era coisa do trabalho. E quando eram chamados para falar sobre a gente eram os médicos, era o Conselho de Medicina, eram pessoas ligadas às outras Associações Médicas, a Associação de Fisiatria por exemplo.

V - O que não tinha nada haver...

SG - O que não tinha nada haver é a gente nunca ter sido ouvida. Então o Conselho, aliás, com o curriculum foi a mesma coisa. Para a gente ir pro Ministério da Educação ou SESU, Conselho Federal de Educação, a gente nem conseguia chegar perto, porque aí tinha poder financeiro, os médicos tinham mais, e aí complicava. Então isso foi muito difícil.

V - Apesar dele (o currículo) ser aprovado em 83, você acredita que de fato ele já acontecia antes desta data?

SG - Algumas coisas sim, em algumas escolas sim, outras não.

V - Não todas?

SG - Não todas. Por isso a gente precisava mudar este currículo, muitas escolas não tinham este básico, tinha mais este aqui (3 anos).

V - Eu comecei meu curso em 84, já era de 4 anos.

SG - Você começou em 84 e já era este aqui (83).

V - Agora eu não sei se quando eu comecei mudou, ou se isso já era uma prática que se consolidou depois.

SG - Não, eu acho que 4 anos veio bem depois, mas algumas coisas deste (83) já era aproveitado, já existia de fato.

V - E foram os próprios fisioterapeutas que foram dando sentido e modificando isso?

SG - Foi, foi... nada veio de graça prá gente. Foi uma batalha, desde o curriculum até...

V - Voltando um pouquinho sobre o que o a gente conversou sobre o período militar, o que você acha das políticas de saúde do período militar? Você consegue recordar como que era? Se era uma medicina preventiva, curativa...

SG – Não, era só uma medicina mais de Reabilitação. A gente falava muito em um medicina preventiva, na fisioterapia preventiva.

V - Já se falava em fisioterapia preventiva?

SG – Já falava...

V- Na prevenção primária?

SG- Falava, mas quando eu me formei não, era só curativa mesmo, de reabilitação. Tanto que foi muitos anos confundida com reabilitação, falava-se fisioterapia... falava-se em reabilitação.

V - Era sinônimo mesmo. Você acredita que até hoje é?

SG - Até hoje é... Aqui conseguimos mudar em parte.

V - Falo no senso comum...

SG - É, é um pouco. Mas...tanto que agora, eu sou da Comissão Científica do Comitê Mundial de Fisioterapia, que vai ter o Congresso no Espanha em 2003.

A presidente da comissão, veio com a história de colocar no sentido amplo, de reabilitação, de não sei o que... aí eu caí de pau em cima porque eu disse: no Brasil isso não vai funcionar, vai ser um motivo pra classe já começar a querer boicotar o Congresso. Porque nós, por muitos anos, lutamos para descaracterizar a fisioterapia da reabilitação. A fisioterapia pode fazer parte, nós não estamos nem discutindo o mérito, porque a fisioterapia faz parte de um processo de reabilitação, também. Mas não pode ser exclusivo.

Em 83/82 teve um Congresso Mundial de Fisioterapia na Suécia. E eu fui. E lá eu fiquei hospedada na casa de uma fisioterapeuta, ela trabalhava em prevenção e eu fui visitar o serviço dela e mais 3 serviços, todos prevenção - nas fábricas. Sabe que os japoneses, bom os suecos já faziam, e muitas firmas americanas, que antes do serviço se faz sessão de fisioterapia. Então faz ginástica para prevenir dor cervical, lombar, na hora do almoço tem meia-hora ou 20 minutos para fazer os exercícios, isso. Então já nessa época, fora, já se fazia prevenção. E aqui se falava. Nós falávamos, falávamos, mas você não via. Era muito esporádico, assim... em algum lugar. Mas não era nada é regular.

V - Você vê alguma relação desta política do governo militar, de medicina curativa, reabilitadora com este apoio à fisioterapia, ou não?

SG - Como é a pergunta?

V - Nós falamos, a saúde na época do governo militar era principalmente curativo e reabilitador. E foi mesmo...

SG - É foi...

V - Época de aumentar produção, todo mundo trabalhava longas jornadas de trabalho. Você vê alguma relação dessa política de saúde com o apoio que foi dado pra fisioterapia? Já que nós servíamos de suporte.

SG - Acho que podemos considerar isso sim.

V - Você vê essa relação?

SG - Eu não tinha pensado dessa forma, mas eu acho que tudo nesta época estava voltado pra tentar resolver o problema imediato, não prevenindo.

V - E nós faríamos este papel?

SG - Sim, e a gente fazia este papel. A prevenção vem mais atual, isso é mais atual, não é de tanto tempo atrás.

V - E você acha que já tem um número grande de fisioterapeutas no Brasil trabalhando em prevenção?

SG - Não é tão grande, mas eu acho que já tem mais.

V - Eu acho que ainda deve ser pequeno... na nossa região de Goiás e muito pouco.

SG - Acho que aqui também...

V - Ainda continua, né? Como é difícil a gente mudar. Pra ver o tanto que a história determina a continuidade da profissão...

SG - É verdade...

V - Ela nasceu reabilitação... como é difícil soltar...

SG - Agora você vê... quando eu me formei em 67, nós nos formamos em 7. Nós tínhamos 5 escolas de fisioterapia. Nós... quando eu assumi o Conselho em 75, não, em 77, em 75 foi quando foi aprovada a lei, levou 2 anos pra instalar porque precisava de profissionais pra eles elegerem, isso foi nomeados, nos fomos nomeados.

V - Então ela foi aprovada em 75, mas de fato começou em 77?

SG - Sim, de fato começou em 77.

V - E você foi a 1º presidente?

SG - Sim, eu fiquei 9 anos na presidência.

Então nessa época nos não tínhamos uns 2 mil profissionais no Brasil inteiro, nos tínhamos 5 escolas.

Nós fizemos 25 anos de criação do Conselho, neste ano que passou...

V – Em 2000?

SG - Sim, em 2000. Nós temos acho que 180 escolas, mais ou menos, e por volta de 45 mil fisioterapeutas. Veja quanto isso cresceu.

Mas eu me lembro que em 77/78, quando eu estava buscando modelos nos outros Conselhos, eu fui no Conselho de Psicologia, nesta ocasião tinha 20 mil profissionais, eu pensava e falava no Conselho... já pensou quando nós tivermos 20 mil profissionais, que maravilha.

V - E passou rápido...

SG - Voou... Hoje tem mais do que o dobro.

Agora isso aconteceu nesses últimos anos. Deve ter uns 6, 7 anos.

V - Mas isso aconteceu com a “explosão” dos cursos da escolas particulares?

SG - É, é...e que mudou a política...

V - E como você vê esta situação?

SG - Eu acho que é uma faça de 2 gumes. Eu acho que a gente tem que estar muito atento pra não perder o que nós alcançamos em consideração social, o respeito social pelo conhecimento. E a gente tem que estar bem atenta com isso. Porque se nós não tivermos profissionais competentes, nós vamos cair no que os médicos queriam: um profissional pouco..., pobre de conhecimento, que eles pudessem manter a gente sob o controle deles.

V - E a gente corre um sério risco... porque tem universidade aí que forma...

SG - Que forma..., e que só tá vendo o aspecto financeiro, não tem professor adequado; quer dizer, hoje, a política do governo, é ter mestre e doutor formado a toque de caixa, então tem gente recém formada, que não tem conhecimento profissional nenhum, ele é só acadêmico... ele vai ensinar o quê?

V - E tem muitos, né?

SG - Tem muitos

V - Basta sair da univervidade, faz um mestrado de 2 anos e vai ser professor.

SG - E ai ele diz... é... bom, a escola que não for boa e que não forma bons profissionais, a própria sociedade vai eliminar.

Ora, até a população saber que está fazendo, ou está passando por um tratamento ruim, pra você dizer que aquela escola não é boa, isso já se passaram não sei quantos anos. Quantas pessoas eles já prejudicaram. Eu acho isso uma leviandade do Governo.

V - Eu também não concordo com essa política de “cortar depois”.

SG - Não...

V - Não avalia nada antes...

SG - Não avalia nada antes. Então... existe uma meia dúzia, maneira de dizer, de pessoas autruísta, que vão fiscalizar, vão controlar, mas... foge pelas dedos. Não tem como, a quantidade é tão grande e o poder dessas universidades e tão grande, que compra.

V - Nós estamos em Goiânia, nos tínhamos esta estadual, que a Eglacy é coordenadora, com 60 alunos por ano. Já têm 4 turmas formadas. Abriu esta que eu estou dando aula, que é católica, é comunitária, mas é particular, têm 110 por semestres.

SG - Você imagina...

V - É vão abrir mais 3.

SG - Já pensou! Só nesta região aqui, neste raio aqui, nós temos 5 escolas. Que é um absurdo. Tá certo que São Paulo é uma cidade grande, tem uma população grande. Mas, de repente você tem 5 escolas ao redor, então, até você formar pessoas com competência, não dá... não tem professor.

V - Não tem como garantir a competência.

SG - É, não consegue.

-Intervalo-

V – Como que era o aluno que entrava para fisioterapia? Era um aluno que sabia, que queria ser fisioterapeuta, ou fazia um vestibular para medicina, para outra coisa?

SG -Eu acho que a grande maioria ainda era o vestibular pra medicina, mas os que ficaram nesta turma por exemplo, queriam Fisioterapia.

E a gente, como fazia também um teste psicológico, então eu acredito que eles estavam mais aptos a serem fisioterapeutas pelo teste também.

V - O teste era eliminatório?

SG - Era. Aliás a gente fazia o teste primeiro, para depois fazer exame teórico.

V - Interessante, né?...

SG - É... e a gente levava 3 dias para fazer aquele bendito teste. Era horrível.

V - Mas era muito interessante. Já pensou se fosse fazer isso hoje? (risos).

SG - Imagina. Era quanto por vaga aqui este ano? O ano passado, eu acho que foi 93 candidato/vaga na USP. Este ano foi um pouquinho menos... acho que foi 70 e poucos por vaga. Quer dizer, não tinha condição.

V - Você me falou que não trabalhou diretamente com a elaboração dos currículos, mas na época você estava envolvida?

SG - É, no começo. nesse aqui, (83) eu acho que nesse eu cheguei a trabalhar muito. Inclusive de ir ao Ministério várias vezes. Porque eu fui presidente da ABF de 73 a 76, e depois do Conselho de 77 a 89, não, de 77 a 86. Isso.

V - Eu queria te perguntar o seguinte: havia alguma preocupação em defender um currículo mais humanista, ou ainda continuava naquela obsessão da técnica, de dominar a técnica, de ter qualificação? Como que era?...

SG - Eu acho que esse inicial era de dominar a técnica, de qualificação pra você se... nós não esquecemos o lado humanista, mas nós não estávamos empenhados em ser tão humanista. A gente precisava, na ocasião, de mostrar a nossa eficiência, a nossa competência e a nossa necessidade.

V - Então o lado humanista estava em 2º plano? Porque realmente essa necessidade de mostrar qualificação, tinha que garantir a técnica.

SG - E a gente tinha que mostrar que ninguém mais podia fazer o que a gente fazia, entendeu? Isso não podia ser um qualquer que o médico mandava e a gente podia executar.

V - Você acha que era uma coisa da classe mesmo, ou tinha um envolvimento da época? Porque no época, que de correu o regime militar, também existia um intuito de formação mais técnica, mais tecnicista. Você acha que era uma coisa estava empermeado, ou que era uma característica só da classe de fisioterapeutas?

SG - Não, eu acho que não era só da classe de fisioterapia, mas para nós era muito importante isso. E todos os currículos em que nós nos baseamos mostrava isso também. Por exemplo, eu lembro muito bem do currículo da Austrália. Na Austrália já era universitário, ela já tinha independência profissional, ela não precisava nem de diagnóstico médico, nem de encaminhamento médico, nada. Isso em 72.

V- Das disciplinas que você cursava, ou que você trabalhou existia alguma que tinha um maior destaque, algumas eram mais valorizadas? Porque sempre existe... aquelas disciplinas que são mais secundarizadas e as que garantem mais, que tem espaço, aquela que o professor que...

SG - ... Dá mais de si. Eu não me lembro de diferenças. Provavelmente existia, mas eu acho que nós estávamos tão envolvidos em mostrar o que era fisioterapia, e que a gente tinha que ter matérias fundamentais como as outras profissões tinham. E como para nós o básico era anatomia, fisiologia, não sei o que... eu acho que essas tinham muita importância pra gente. Mas as outras também, específicas, também eram valorizadas.

V - Porque aqui, a gente vê nesse currículo, que é subdividido em porcentagem. Então tem algumas disciplinas que têm uma carga horária menor, outra maior.

SG - Quais as que tinham maior ou menor?

V - As que tinham maior eram... deixe-me ver aqui: Quem decidia isso, por exemplo: (leitura) os currículos mínimos dos cursos tem que perfazer um total de 3240hs, num período mínimo de 4 anos e no máximo 8, os ciclos I e II devem ocupar 20% deste tempo. Esses ciclos I e II... é o de materiais biológicos e

de formação geral. Então eu penso o seguinte... estou dando isso idéia para você, essa formação geral que foi o que buscou dar um pouquinho mais de formação humanista para o fisioterapeuta, não tão técnico, apesar dele aparecer, ele apareceu assim...

SG - muito devagar, né?...

V - É, vai aparecer, mas não vai ser o mais importante.

SG - É!

V - Isso era uma coisa bem consciente da classe?

SG - É, não era de grande importância.

V - Ai depois ele vem (leitura currículo) a ciclo pré-profissionalizante 20% e o profissionalizante 40% e mais 20% de estágio. Então o profissionalizante é o de maior quantidade, e ele aparece justamente lá no final do curso. Como você vê essa distribuição? Essa formação geral está logo no início do curso, você acha que quando chega, no final o aluno já se deixou dominar muito mais pela parte técnica, mesmo que ele tenha tido um pouquinho...

SG - Porque ficou lá no começo, né? Podia puxar um pouco mais pro fim.

V - Vocês pensaram de alguma forma neste aspecto ou não?

SG - Eu acho que não. Eu acho que a gente buscou um modelo assim, mas, até fazia isso, mas não com muita experiência, mas muito mais...

V - Porque mesmo a nova proposta, você conhece a nova proposta?

SG - Não, mas é para 5 anos, não é?

V - Prá 5 anos, está aguardando para ser aprovada...

SG - É, eu acho um pouco absurda...

V - 5 anos né? Eu também não sou de acordo não. Eles propõe 4,5 mil horas, para 5 anos.

E mesmo nesta nova proposta, ela continua tem conhecimentos biológicos, humano-sociais, biotecnológico e fisioterapêutico. Esse humano-social continua com 20% apenas, da carga horária total. Apesar dessas mudanças a gente ainda continua a formar um profissional...

SG - Técnico.

----- intervalo-----

V - Quanto aos seus professores?

SG - A gente tinha pessoas de uma formação boa, e outros eram técnicos mesmo. Aprendia a ligar e desligar o aparelho, aprendia: nessa doenças se fazia assim, assim, assim.

V - Mas os efeitos de cada um, vocês já tinham tido?

SG - Teoricamente. Então não era só ligar e desligar como um técnico, a gente aprendia o que fazia, os efeitos, a duração do que era, calculava tempo, essas coisas...

V - Vocês tinham alguma coisa de psicologia?

SG - Tínhamos, nos 3 anos.

V - Saúde pública?

SG - Saúde pública não sei, eu acredito que sim, ou não? Não lembro.

V - Porque naquele currículo ali (64) não exigia. Ele tinha ética, história da reabilitação e administração.

SG - Administração eu nem lembro quem nos deu.

V - E a fisioterapia geral e fisioterapia aplicada, era só isso.

SG - E essa fisioterapia geral era dada por vários médicos e fisioterapeutas.

V - Será que eu consigo o currículo de vocês? Porque esse aqui era o currículo oficial, vocês deviam ter um currículo da Universidade.

SG - O histórico escolar dava o currículo? Eu acho que não.

V - Ele dava as disciplinas.

SG - Eu tenho o meu histórico escolar, mas eu acho eu o meu histórico esta faltando disciplinas.

Agora, eu não peguei esse histórico logo no começo, eu fui buscar, esse histórico há pouco tempo (risos). Na faculdade, quando eu perguntei, que eu precisava, aí eles me perguntavam que ano, e eu disse 67, “__ai minha nossa senhora”.

Mas depois eu perguntei para uma amiga minha se outras pessoas tinham, nenhuma tinha, ninguém tinha. Aí, a minha sócia, que é TO, fez doutorado, e ela precisou do currículo, quer dizer do histórico, e isso já tem uns 10 anos atrás, e ela achou o currículo dela e me deu, e tava muito parecido com o meu. Então eu acho que devem ter feito a mesma coisa (risos).

V - Como você vê essa relação da Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por ter todo momento caminhado juntos, em termos de lei, conselhos...

SG - É... o problema foi o ponto de partida, que foi junto, eu não sei porque que foi junto. A gente não sabe. É a história foi, apareceu isso, e eles apressaram, e foi um Decreto-lei, e esse Decreto-lei foi um dos únicos da época que está em vigência, está em vigor, porque os outros todos caíram.

V - Qual decreto?

SG - O que cria a profissão de fisio e TO, que foi de 69.

V - O de 69 foi o que reconheceu, antes disso tem um parecer?

SG - Tem. Mas é o do curriculum que é de 63, se eu não me engano.

V - É o de 64.

SG- e aí, ...

V- O Parecer é esse aqui...

SG- E aí é o curriculum, né?

V- E o curriculum está aqui. Esse foi o Parecer, olha: “deliberou o Conselho Federal de Educação...

SG- ... que faça o currículo.

V- Tinha que fazer o parecer primeiro pra depois fazer o currículo. Mas ninguém sabe porque começou junto?

SG - Porque no decreto saiu junto, fisio e TO. E quando nós precisamos fazer o Conselho, nós tínhamos 2 caminhos: ou a gente mudava a lei, esse Decreto-lei, pra separar; ou a gente assumia esse...

V - Esse decreto não dava o direito de fazer um Conselho separado?

SG - Não. Não porque criava as 2 profissões juntas, então não podia separar

Pra separ nós tínhamos que fazer um processo, tínhamos que fazer o projeto e tramitar este projeto na Câmara, e aí o risco era muito grande de... porque nesse, que era pobre, nós tínhamos umas palavras chaves: primeiro, que nós éramos profissionais de nível superior e liberal; então isso, a gente amarrava todo nosso poder aí, para poder ter o Conselho. Porque se a gente fosse passar pelo Congresso, nós correríamos o risco de ser técnico mesmo, porque o lobby dos médicos era muito maior, de muito maior poder do que o nosso.

V - Sem dúvida!

SG - Então quando foi que nós criamos essa...

V - Mas tinha algum grupo contrário a vocês na criação dos Conselhos?

SG - Tinha. Os fisiatras.

V- Que não criasse os Conselhos?

SG- Sim.

V - Você acredita que o Conselho fosse ter mais autonomia?

SG - Total, total! E a lei foi tão boa, que deu o privilégio para gente de legislar em cima disso.

V - Tanto que foram vocês que fizeram isso aqui (resoluções coffito), 75...?

SG - Todos, código de ética... Quando nós criamos o que dava o perfil profissional, aí é que foi o vespeiro, aí é que nós mexemos realmente no vespeiro, porque, desde o diagnóstico fisioterapêutico, que foi a palavra diagnóstica nossa, isso foi assim na cabeça deles “uma bomba”. E que nós tínhamos que fiscalizar as empresas

de fisioterapia, independente se era de fisioterapeuta ou de fisiatra ou qualquer médico, porque até então, era só de fisioterapeuta. Foi aí que eles entraram com uma argüição de inconstitucionalidade dessa lei, desses artigos.

E pra você ver que foi tão forte o lobby deles que, no Supremo Tribunal Federal, os 12 juristas disseram que a lei não era, as resoluções e a lei, não eram inconstitucionais, os dois. O último juiz que pegou, pegou para dar vistas ao processo e disse: “ela é constitucional, portanto nós não estamos impedindo o exercício legal deles, da profissão de médico, mas se eles podem diagnosticar, medicar, eles podem tratar. Então, a lei é constitucional, mas não é privativo o nosso tratamento. Os fisiatras podem tratar”. E isso é incongruente, é antagônico, ele é antagônico à constitucionalidade.

V- Isso é?

SG- Isso é.

V - Isso é, porque se tem a lei de 69 que é atividade privativa do fisioterapeuta...

SG - Então, ela é privativa, mas não é exclusiva.

V - Então os fisiatras podem atender?

SG - Eles podem por causa deste ministro, que disse isso, que é um absurdo dentro do Supremo, e os outros concordaram. Então, eles disseram: “é constitucional, é privativo, mas só os fisiatras podem tratar, eles só podem tratar, eles não podem delegar, e não podem mandar”.

V - Mas eles não tratam, eles mandam os técnicos...

SG - Mas isso pode ser denunciado e ser processado.

V - Eles não tratam, a gente sabe que de fato eles não tratam.

SG_ De fato eles não tratam, mas eles são proibidos de mandar fazer.

V- Porque lá em Goiânia...

SG_ Mas se eles forem a Corte, eles serão punidos.

Quando isso saiu, o Conselho de medicina veio pra mim solicitou reuniões, nós fomos, e a proposta era: a gente fechar os olhos, pra não fiscalizar, que também eles fechavam os olhos. E eu não fiz o acordo. É o que acontece é que a maioria das pessoas não denunciam, mas que isso é ilegal, é ilegal!

V - Desculpe a minha ignorância porque isso eu não sabia, o fisiatra então pode tratar?

SG - Eu não sei se isso ainda persiste.

V - Então ficou essa situação: nós podemos fazer o nosso diagnóstico,...

SG - Não, a gente tem tudo, e ele também pode fazer, só o fisiatra, ninguém mais.

Agora, isso é importante você perguntar pro Conselho Federal, não o Regional.

_____ Intervalo _____

SG – Mas aqui estão resoluções do Conselho. São atos normativos do Conselho.

SG- Então, esse parecer a gente conseguiu da acessora jurídica deles no INPS, com as Leis que nós tínhamos, e ela deu parecer favorável. Isso seria uma resolução nacional.

V- Tinha que ter um fisiatra em cada serviço do INPS?

SG_ Cada serviço do INSS, quem era o chefe era um fisiatra. E as clínicas privadas que tinham convênio com a INSS, tinha que ter uma fisiatra também.

Então ele ia, pegava as fichas dos caras, assinava, e ia embora. E recebia por isso.

V – Tinha que ter aquela pessoa?

SG – Tinha que ter essa pessoa. Ou era contratado por hora, ou por... E isso foi cancelado, quer dizer, a gente conseguiu mostrar, provar, que nós tínhamos o direito de usar esse cargo e não ter a figura dele.

V - Você sabe que essa situação acontece na Unimed de Goiânia. Toda clínica de fisioterapia tem que ter um fisiatra, e só ele pode receber pela fisioterapia.

SG - Isso é um cartel.

V - Porque quando foi criada a UNIMED, o estatuto feito por eles impedem a entrada de fisioterapeutas

SG – Então, isso pelo INPS!

V- Já pensou se fosse o INSS no Brasil Inteiro?

SG- Mas isso foi assim, por muito tempo.

Quando nós fomos ao INSS, INPS na ocasião, e que tínhamos esse Parecer favorável, quando o secretário nacional, viu, e que ele que nos deu a notícia, disse: “eu não tenho condição de fazer isso, essa mudança. Isso é ato direto do Ministro, e eu não sou louco de fazer uma coisa dessas. Vocês sabem com quem estão mexendo? A fisioterapia é a 2ª maior despesa do INPS no Brasil. Sabe qual é a 1ª? É a hemodiálise, e a 2ª é a fisioterapia”.

Estava naquela época um rebu, um burburinho de coisas sujas do INPS, clínica fantasma, dinheiro que ia pra lá e pra cá!!!

V - Eles deviam ganhar para fazer isso?

SG - Mas claro, pra gente saber que a gente tava mexendo com gente grande, gente de muito dinheiro e com um poder aquisitivo grande.

Ele disse para nós: “você sabe que a despesa que a nós tivemos com isso é maior do que um PIB de um Estado do nordeste”?

V - Nossa...

SG – Imagina. Então, e a gente ingênua, idealista, só buscando os direitos da gente. Sem saber que por de trás disso é uma máfia.

V - Você tem algum material do encontro que você foi na Suíça, desse encontro mundial?

SG - Da WCPT? Tenho.

V - Se você puder me fornecer, porque é muito difícil a gente ter acesso à este material.

SG – Eu tenho um monte, mas não dá para eu tirar xerox e mandar pra você. Eu fui do comitê executivo do WCPT.

Você tem tempo hoje?

V- Tenho, hoje à tarde eu estou livre.

SG – Eu posso trazer prá cá, vou ter uma reunião com a Fátima, e eu posso te mostrar, e você ficar vendo o que te interessa e tira xerox.

V – Seria uma coisa boa prá eu ver como a Fisioterapia está lá fora.

SG _ Eu fui do Comitê Executivo da WCPT.

V- Até hoje nós temos o convênio, a ABF mantém?...

SG - Até esse ano que passou, mantinha porque eu estava em cima da ABF, e o Zenildo pagava. Pagava pouco mais o Zenildo pagava..

Eu sai o ano passado, então do ano passado para cá eu não sei.

V- A ABF até acabou, não é?

SG - Praticamente acabou, a ABF está com muitos processos judiciais.

V - Porque nem este nome (ABF) não tem mais...

Bom, acho que o básico era isso. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

SG - Não, só que eu acho muito importante o seu trabalho, parabéns, porque é muito difícil resgatar essas coisas, que não foram escritas, e que é uma história. Eu acho que para os outros que vêm é muito importante, eu acho que isso você deve divulgar muito, depois que você aprontar e escrever sabe... distribuir, mandar para os conselhos, mandar por jornal, mandar...

V - É o que eu pretendo. Se eu conseguir escrever tudo que eu tenho em mente...

Intervalo

SG - Tem o Conselho Federal. Tem que ter porque nas atas do Conselho, por exemplo, eles podem permitir ler. Mas por lá deve ter porque isso tudo...

V – Acho que no próprio Congresso Nacional deve ter, porque tudo que é votado no Congresso tem toda a tramitação. E eu pretendo ir a Brasília, além de conversar com o Ruy. Vou tentar fazer uma entrevista com ele também...

SG - Mas ele não participou dessa parte do Conselho anterior. Ele veio depois de mim, já pegou o Conselho instalado. Apesar que a briga do Supremo ele já estava como presidente do Regional, não do COFFITO

V - Talvez vá me interessar mesmo ir direto à Brasília, no Congresso Nacional...

SG - É, eu acho...

V – Para eu conseguir tudo isso aqui. Desse Parecer, me interessa saber por exemplo, quem era esse relator Clóvis Salgado...

SG - Quem vai poder te ajudar é a Sônia Manso,. Agora, a Sônia não ia tanto à Brasília, E a Eglacy, que foi presidente da ABF antes de mim, em 69, quando foi aprovada a lei.

V - Eu já tive uma conversa informal com ela, não foi uma entrevista formal. Fiquei de voltar posteriormente, pra gente fazer uma entrevista. Porque não dá para dissociar essa história desse currículo, o currículo é só uma consequência de tudo isso...

SG - É..., agora, a gente pressionava muito, indo muito à Brasília, e sempre com conhecidos, não adiantava ir por conta... sair daqui, chegar lá... E acho que até hoje é assim.

Se a gente fosse ao Ministério da Educação, seria com o nome de uma pessoa... na época da criação de 6316, que é do COFFITO, eu fui até falar com o General Golbery. Um general que eu atendia, que foi colega dele,... e aí na época eu acho que era o Figueiredo o presidente. Eu fui falar com o Golbery.

V - Senão não conseguia... não tinha como ser diferente...

SG - Fui falar com o Ministro do Trabalho, o Arnaldo Pietro, pedimos audiência por indicação do meu cunhado, que era amigo dele, fomos bem recebidos, abriu as portas; depois coincidiu que ele fraturou a mão e eu tratei dele...

V - Ajudou, não é?

SG- E eu digo: “Deus é fisioterapeuta”, porque sempre tinha alguém que precisava da gente.

Outro que ajudou muito a gente era o pessoal que morava em Brasília na época. Fisioterapeutas.

Luciano Castelo Branco, o outro era... tinha umas 4 pessoas de lá, que ajudavam muito.

V - Deixe-me fazer uma última pergunta (risos) tenho medo de vir aqui e deixar alguma coisa prá trás... O que que você acha desse currículo aqui (83). Que tipo de profissional está saindo desse currículo? Você acha que ele contempla realmente as necessidades?

SG - Eu acho... veja, esse currículo é de 83, né? A tecnologia avançou demais, e a própria fisioterapia avançou muito. Quando eu fui para fora, que eu voltei no fim de 72, eu quis trabalhar numa equipe de cirurgia de cardíacos, coisa desse tipo, porque eu tinha feito estágio no Brompton Hospital, em Londres, eu não tive campo de trabalho aqui. O Zerbini disse: “eu não tenho verba para te pagar, não tem nem como fazer você aqui”...

V - Já tinha o INCOR?

SG - Isso em 72, não, não tinha o Incor, ele estava no HC. E veja hoje o que é a fisioterapia dentro do INCOR. Que é um departamento de fisioterapia, e quantos profissionais estão lá e quantos passaram por lá. Então, a diferença no momento,... da necessidade, do que nós mostramos para uma sociedade, da competência...

V - Isso ficou muito marcado quando eu estive lá. A Maria Ignêz, ela faz um discurso quando a gente chega. Ela fala que quando eles chegaram no Incor, mal sabiam onde ficava o coração e hoje o que é a Fisioterapia do Incor.

SG – Pois é. Então, o curriculum, isso aqui “o mínimo”. Eu acho que muitas escolas sérias, não dão só esse mínimo, assim como a minha escola, na época que eu tinha 3 linhas de currículo, não era só aquilo.

V - Mas tem que ter isso.

SG - Mas tem que ter no mínimo isso. Mas têm umas escolas porcarias que só têm isso. E tá dentro do legal.

V - Acho que diante disso, nós vimos que temos diferentes profissionais?

SG - Muitos

V - É difícil né! Você ter o mesmo curso, com o mesmo currículo e profissionais de qualidade...

SG - De qualidade muito diferentes

V - Uma pequena variação e aceitável, e até bom. Mas nós devemos estar atentos...

SG – E atualmente então, muito mais.

V - Do jeito que está, nós estamos tendo muitos formandos. OK, muito obrigada por conceder-me esta entrevista.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

Sonia Gusman

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

() Fisioterapia – 2 anos

(X) Fisioterapia – 3 anos

() Fisioterapia – 4 anos

Local USP

Ano de conclusão: 1967

(X) Outros Cursos – Quais? _____

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?

(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

Anatomia, neurologia

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua formação? Cite algumas razões.

- Dra Pearl - Pneumologista pela orienta-
ção e senso de responsabilidade que
nos impunha

- Dra Matilde Neder - psicóloga - desen-
volver a sensibilidade para conhecer
o outro.

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

Prof. Eugenio Lopes Saundes; Dr Hans Sablovsk.

5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

(3) Inglaterra (1) Estados Unidos

(4) Alemanha (5) França

(2) outras Austrália

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

(1) acidentados

(2) doenças congênitas

(4) Pré ou pós operatórios

(3) outras neuroológicas

7- O curso realizado valorizava mais a:

() prática () teoria (X) ambas

Por quê? na época éramos treinados por pessoas práticas.

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(X) sim. Quais? Bobath e doutorado

Localidade Petrópolis e Bondres; Buenos Aires

2

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: Hospital Samaritano (S.P. Hosp. Inglês)

Ano: 1968

Área: geral (+ ortopedia)

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

(X) não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

excelente

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

O meu relacionamento é de
muito respeito, mas às vezes vejo
que ainda para certos grupos preci-
samos nos impor.

13- Participa de entidades profissionais?

() não

(X) sim - Quais? W.C.P.T (comissão cientí-
fica da World Confederation
for Physical Therapy.

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

ABF, COFFITO-CREFITOS

15- Como foram organizadas?

ABF líderes de S. Paulo, Rio - fundadores
Coffito ABF Intron (p. S. Gusman - presidente)
p/ criar a lei 6.316 e ATOB (antiga)

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

Zelar pela profissão tanto do ponto de vista científico como profissional ético.

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

ABF - antigamente eram mais unidos e havia regionalmente as associações estaduais que participavam voluntariamente da ABF

Coffito. Criada numa lei na qual tinhamos poderes para legislar através das resoluções. Havia representantes do Brasil todo

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

() sim – Quais? _____

(X) não

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

Não eram tão importantes assim para que partidos políticos agissem. Eram pessoas ligadas ao governo q^e nos ajudavam.

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

() não

(X) sim

Como?

ABF elaborou dando subsídios ao MEC.

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

() não

(X) sim

Como a mesma resposta acima, e ABF tomou como exemplos outros países. Houve possibilidade de evolução e abrir mais através de experiências e formação específica fora do país.

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

Início a medicina preventiva
assim como na área de fisio.

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

Eramos desconsiderados, não tinha-
mos condições de mostrar nosso trabalho
portanto a equipe de saúde desconhecia
nosso trabalho.

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: americanas, europeias, austrá-
lianas, ajudaram em conhecimentos
fixos.

Influências internas: o crescimento e conhecimento
profissional por parte da sociedade aumentou
 muito.

Conquistas:

Respeito pelos outros profissionais de
saúde.

Frustrações:

Não ter meu título de doutor por
falta de possibilidades na época
tanto financeiro qto educacional.

Objetivos:

estruturar e passar mais experiências que tenho.

Desafios:

Intenção de fazer o doutorado

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

Obrigada

ANEXO 5 - ENTREVISTA CONCEDIDA À FISIOTERAPEUTA VALÉRIA RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA PELO FISIOTERAPEUTA HÉLIO SANTOS PIO, NO DIA 30 DE JUNHO DE 2001.

V- Após a exposição dos objetivos do meu trabalho, eu gostaria que o senhor iniciasse falando-me sobre a criação dos cursos de Fisioterapia no Brasil, sobre o seu curso, a escolha pela fisioterapia, etc.

HP- A Fisioterapia começou, é muito interessante, começou em 1953, no Rio de Janeiro com a fundação da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, que foi a primeira escola de Fisioterapia do Brasil.

Começou da seguinte maneira, alguns médicos ortopedistas, Osvaldo Pinheiro Campos, Dr. Bitar, Dr. Menton de Alencar, Dr. Jorge Farias, quatro ortopedistas, que eram ortopedistas do Hospital Ortopédico Infantil Jesus, do município do Rio de Janeiro, da Prefeitura; eles resolveram ir para Londres, e ao fazer a pós-graduação deles em Londres, a residência deles em Londres, eles foram “*fellow*” ortopédico em Londres, eles viram que em Londres os ortopedistas iam para o Centro Cirúrgico levando o fisioterapeuta a tiracolo, e isso eles achavam um absurdo, que isso era uma coisa (assim) absurda, e os ortopedistas ingleses conseguiram provar àqueles quatro, que aquilo não era um absurdo, porque o fisioterapeuta acompanhando o ato cirúrgico, eles facilitariam demais o pós operatório desse paciente, e agilizariam a alta desse paciente, porque estavam vendo exatamente o que o médico estava fazendo de procedimento cirúrgico e sabiam o que iriam fazer em termos de cinesioterapia, de mecanoterapia no pós operatório.

E assim foi fundada a primeira Faculdade de Reabilitação, eles voltaram de lá com outra mentalidade, e resolveram fundar, forjar, formar um profissional que fosse de nível superior. Não adiantava ele lidar com massagistas, com auxiliares, com curiosos, com voluntários, pessoas voluntariosas, não. Tinha que ser um profissional de nível superior e que efetivamente estudasse fisioterapia e terapia ocupacional, e a partir daí então, as primeiras turmas foram sendo montadas. O curso era um curso inicialmente de três anos, posteriormente passou a ser um curso de quatro anos, e posteriormente um curso de quatro anos e meio, nove períodos. E assim as turmas foram se formando.

Bom, a Faculdade foi colocando suas turmas, mas a profissão não era reconhecida nem regulamentada, até que em 1969, nós vivíamos no país com uma ditadura militar, pela revolução de 31 de março de 64. O primeiro Presidente da República Militar foi o Castelo Branco, o segundo Presidente desse governo militar foi o Costa e Silva, e o Costa e Silva estava na sua gestão, um ano só de gestão, quando ele teve um Acidente Vascular Cerebral e ficou hemiplégico a esquerda, e um colega nosso foi atendê-lo. Aí nós fizemos a cabeça desse colega, que fizesse a cabeça dele pra que ele reconhecesse a profissão. E assim ele o fez, mandando os três Ministros Militares, era um “*trium virato*” militar estava governando o país, já que ele tava doente, que era o Ministro da Marinha, o Rademaker; o Ministro da Aeronautica, o Mello e Souza; e o Ministro do Exército, que era o Lyra Tavares, eles reconheceram por um Decreto-lei, o reconhecimento da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Bom, 69 passou, 70 passou, foi então reconhecida a profissão em 69, e essa profissão foi regulamentada com a criação dos CREFITOS e do COFFITO no governo do Ernesto Geisel, o terceiro governo da Revolução, em 1978, então ela foi reconhecida em 69 e foi regulamentada em 78.

O curriculum das faculdades até 78 era um curriculum muito rudimentar, porque era um currículo que tinha anatomia com muito pouca carga horária; fisiologia, pouca carga horária, patologia, anatomia microscópica, mas não existia biofísica, só existia bioquímica, depois cinesiologia, aquelas matérias profissionalizantes, mas por exemplo, não existia a disciplina de pneumologia, não existia a disciplina de terapia intensiva, não existia a disciplina de cardiologia, não existia a disciplina de pediatria, não existia a disciplina de terapia intensiva infantil. Só existia aquelas disciplinas básicas: ortopedia, traumatologia, neurologia, clínica médica e reumatologia. Era muito pouco. Não existia ginecologia nem obstetrícia, não existia urologia, nada disso; e o clínico geral não falava nada disso. Então a nossa formação foi uma formação muito rudimentar, essa é a grande palavra.

V- Esse modelo, esse primeiro curso da ABBR, o modelo eles trouxeram lá da Inglaterra?

HP- Modelo lá de fora.

V- Quem pensou esse primeiro curso?

HP- Quem pensou esse primeiro curso foram os quatro ortopedistas.

V- E eles se basearam ...

HP- ... Se basearam naquele modelo lá de fora, que era também um modelo rudimentar, como aquele modelo lá de fora é rudimentar até hoje, nós é que evoluímos. O modelo americano é rudimentar até hoje, nós é que evoluímos. O modelo argentino é rudimentar até hoje, o Alfredo Cuello e o Gustavo Cuello é que evoluíram, então isso é que é uma grande diferença. Por exemplo, na Argentina eles não são Fisioterapeutas, são Kinesioterapeutas, são cinesioterapeutas. Em alguns países como Estados Unidos e Canadá, isso é uma profissão de nível médio, nós é que somos de nível superior.

Agora, nós estamos fazendo por onde ser de nível superior, porque nós estamos, hoje em dia, e a gente está vendo essa evolução, e talvez tenha começado já na minha época, porque eu sentia uma necessidade de uma formação melhor, como a fisioterapia não me ofereceu essa formação melhor, eu fui procurar essa formação

melhorada fazendo outros cursos de nível superior, tal como: Biologia com licenciatura plena e bacharelado, Bioquímica com licenciatura plena e bacharelado, e depois pós graduação em Didática do Ensino Superior, porque isso o governo exigia naquela época, e aí eu já tive que fazer isso em nível já fora da Fisioterapia, para tentar suprir a falta, a ausência dentro da Fisioterapia.

A partir daí então, começamos a pensar em nível de pós graduação, em nível de especialização “latu-sensu”, especialização “sensu-strictu”, e a partir daí então começou-se os cursos de especialização em 360 horas, era até um pouco mais, 420 horas aproximadamente, e pode ser 420, mas todo mundo coloca 360, mas felizmente hoje nós temos fisioterapeutas que já são..., têm uma formação que pode militar nesta área de pós graduação, e com isso começou-se haver os cursos de mestrado dentro da Fisioterapia, e com isso começou-se a haver os cursos de Doutorado dentro da Fisioterapia. Não somente dentro da Fisioterapia, a Medicina permitindo, os professores titulares permitindo que os fisioterapeutas tenham uma formação idêntica ao médico, vide a Escola Paulista de Medicina com o Roberto Brito Jardim.

Quando o Roberto Brito Jardim, da Escola Paulista de Medicina, do Departamento de Pneumologia aceita o fisioterapeuta, ele diz assim: “o fisioterapeuta pra mim é igual médico, vai estudar, vai ter o mesmo grau de dificuldade”, e nós vemos que os nossos colegas têm um desempenho muito melhor que todos os médicos.

Então, essa formação, que hoje em dia já existe, é realmente o grande “boom”, é o grande evolução da fisioterapia. Então na minha época, quando eu me formei, eu entrei pra faculdade em 1965, que a gente dizia que a fisioterapia era a profissão do futuro, o futuro é hoje, já chegou o futuro.

Hoje nós vivenciamos o futuro, hoje nós temos fisioterapeutas que são reitores universitários, hoje nós temos fisioterapeutas que são diretores de hospital, hoje nós temos fisioterapeutas que são responsáveis pela ventilação mecânica em grandes UTIs, hoje nós temos fisioterapeutas dando aulas para médicos. Eu sou professor de Reabilitação Cardíaca, de Ergometria pra os médicos da UERJ, a nível da pós graduação deles, a nível da graduação. Quer dizer, tudo isso é a evolução que a fisioterapia fez, e hoje nós somos como profissionais, profissionais no sensu estrito da palavra, e como docentes muito respeitados, eles nos respeitam, se eles tem os congressos médicos, eles abrem as portas e dizem: “esse módulo é de vocês, vocês fazem um forum, vocês fazem um pré-congresso, vocês participam do congresso junto das nossa mesas redondas”.

Se houve um Congresso Mundial de Cardiologia em 1998 no Rio de Janeiro, e nós tivemos a participação efetiva nesse Congresso Mundial de Cardio, não foi porque nós somos bonitinhos, é porque talvez pela nossa competência eles deixaram que nós tivéssemos uma manhã inteira de abertura do próprio Congresso, e uma afluência muito grande, então esse Congresso teve a participação única e efetiva de fisioterapeutas, e esses fisioterapeutas saíram-se maravilhosamente bem. E o Congresso fez uma série de exigências, nos cumprimos com essas exigências, e se hoje a gente está aí, participando desses Congressos todos, nós fazemos parte ... a AMIB fez questão de associar-se a SOBRAFIR, não é porque a SOBRAFIR é boazinha, não é que a SOBRAFIR só tenha moças bonitas, rapazes bonitos, não é, porque a SOBRAFIR funciona como entidade de classe, como sociedade constituída; a sociedade que mais evoluiu dentro da Fisioterapia é a Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória e Terapia Intensiva, e quem está à frente disso tudo é Maria Ignêz Feltrim, nesses anos todos; quem montou a SOBRAFIR foi o Azeredo, Carlos Alberto Caetano de Azeredo, que é um nome nessa história. Então são pessoas eminentes. Se hoje em dia nós temos essas pessoas: Maria Ignêz Feltrim, se hoje em dia nós temos a Emília Nozawa, se hoje em dia nós temos a Ada Gastaldi, a Marisa Moraes Regenga, com livros editados sobre reabilitação cardíaca, temos o Rebelatto, se hoje em dia nós temos uma série de fisioterapeutas, Carlos Alberto Caetano de Azeredo, Antônio Duarte, nós temos Esperidião Elias Aquím, essa gente toda já em pós graduação, já a nível de doutorado, nós temos os nossos amigos argentinos Alfredo e Gustavo Cuello, essa pessoas estão fazendo o nome da fisioterapia, não somente a respiratória, mas de um modo geral.

Então isso tudo é o resgate, eu não digo nem um resgate, porque nós não estamos resgatando nada, efetivamente é a evolução da nossa profissão. Nós começamos voando baixo, a nível de um teco-teco, e hoje nós estamos a nível de Boeing, e nós vamos chegar a nível de supersônicos, aviões que fazem Rio-Paris em 6 horas, Rio-Paris em 4 horas, então, nós estamos evoluindo, e essas pessoas estão ainda com avidez de conhecimento, são pessoas ainda voltadas... têm vocação para o estudo, têm vocação para o trabalho, porque uma coisa é você estudar e ficar só como docente, outra coisa é você militar como docente e como profissional em si, colocando a mão no doente, e esses profissionais todos, que eu citei, colocam a mão no doente. Porque uma coisa é você se tornar um teórico, outra coisa é você ficar eminentemente prático, todos esses são teórico-práticos, isso é que é interessante.

Então isso é um exemplo para toda essa juventude, e que está realmente querendo fazer dessa profissão uma profissão digna, uma profissão de respeito, uma profissão que seja respeitada em todos os níveis, a nível, por exemplo, da nossa mãe, do nosso pai, do nosso poteiro, do nosso garagista, do nosso frentista, e isso já acontece, porque efetivamente, você não precisa se auto intitular “doutor”, as pessoas é que dizem que você é, e te respeitam como tal, né? É claro que ainda nós temos pessoas que nos tratam de forma pejorativa, mas são pessoas complexadas, são pessoas que acham que nós vamos tomar o lugar deles, e não é verdade, nós vimos

apenas somar, mas eles são pessoas inseguras, são pessoas que não têm o saber, são pessoas que enganam; então, qualquer profissional que apareça sobressaindo-se é sempre uma ameaça a essas pessoas.

V- Professor vamos voltar um pouquinho. Eu gostaria de saber como que o senhor escolheu a fisioterapia?

HP- Foi uma coisa interessante porque eu estudava engenharia, efetivamente eu estudava engenharia, e eu estava já com um ano e meio de engenharia, e um amigo meu sofreu um gravíssimo acidente, bateu num poste, no Rio de Janeiro, na rua Jardim Botânico, e o poste quebrou em cima do carro dele, afundando a capota.

É claro que ele teve TCE, foi levado para o Hospital Municipal Miguel Couto, que é o pronto-socorro da zona sul, e lá, ele permaneceu em estado comatoso durante 38 dias, em prótese ventilatória mecânica, então teve uma luta muito grande para..., realmente ele foi operado 3 vezes, com afundamento de cérebro, com afundamento de calota, com perda de massa encefálica, um grande hematoma. E tudo isso foi uma luta, os neurocirurgiões do Hospital operaram três vezes. Muito bem.

Ao sair dali, ele tinha uma hemiplegia maciça esquerda, com uma paralisia facial alternada do lado contralateral, que nós chamamos de Síndrome de *Milarg Bleu*, é a paralisia do lado esquerdo com a paralisia facial do lado direito, e uma largofalmia com exposição da córnea, e aí tivemos que proteger essa córnea.

E esse rapaz então foi parar, e não tinha quem o levasse, e eu passei a levá-lo à ABBR. Então acompanhar o tratamento dele na ABBR fiquei fascinado com aquilo que se fazia na ABBR, e vendo a recuperação dele. E quando eu vi a recuperação dele num espaço de tempo, prA mim, pequeno, como leigo, ele se recuperou daquela paralisia maciça e começou a deambular depois de 6 meses mais ou menos, eu achei aquilo fantástico, porque todo mundo dizia no pronto socorro, talvez por desconhecimento, que ele jamais andaria, ficaria confinado à uma cadeira de rodas.. Eu vi a luta daqueles fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, na luta prA fazer que ele deambulasse o mais precocemente possível.

E isso aconteceu. E isso daí me deixou fascinado com aquela tenacidade, com aquela disposição dos fisioterapeutas, com aquela determinação daqueles fisioterapeutas na recuperação desse paciente, que eles não conheciam, que era um paciente como um outro qualquer, mas eu que o levava todo o dia, passei a acompanhar todo o dia, e fiquei fascinado.

Qual foi a minha grande decisão? Tranquei a minha matrícula em Engenharia, e fui fazer um novo vestibular para Fisioterapia.

V- Era um vestibular que vocês faziam?

HP- Vestibular.

V- Quantas vagas tinham?

HP- Existiam sempre 40 vagas, e só uma turma por ano. Era anual.

V- As pessoas que entravam, os seus colegas, também conheciam a fisioterapia?

HP- Alguns conheciam, outros não. Outros iam fazer ponte para depois fazer medicina, era um trampolim para medicina; tinham tentado medicina, não tinham entrado então, iam fazer Fisioterapia. Então eram pessoas frustradas, porisso que essas pessoas nunca se despontaram dentro da Fisioterapia.

Porque da minha turma, minha turma era uma turma que começou com 40 alunos, terminou com 19. Desses 19 alunos, eu posso contar nos dedos quantos funcionam em Fisioterapia: a Ângela funciona, o Simplício funciona, eu funciona, o Renato funciona, mais ninguém funciona. De 19 somente 4. 15 abandonaram porque não tinham vocação prA isso.

É uma coisa interessante, né?

E era assim, a turma do Azeredo..., a minha turma foi de 1968, a turma do Azeredo já foi uma turma melhor, da turma de 73. o Azeredo despontou, o Marco Antônio Guimarães; despontou o Farley Campos, foi uma turma melhorada. E aí outras turmas vieram. Acho que da turma do Figueiredo também tinha a Cristina Figueiroa, que hoje é a Presidente do CREFITO 2.

V- Como que eram as aulas? Quem dava as aulas?

HP- As aulas eram dadas: 80% médicos, 20% fisioterapeutas já formados em turmas anteriores. E os médicos boicotavam demais a Fisioterapia.

Tudo que a gente perguntasse prA eles que não estivesse dentro do conteúdo programático, eles diziam: “não interessa para vocês”, e isso, óbvio, me deixava altamente irritado. Tanto que eu fui suspenso umas quatro vezes, quase na eminência de ser expulso, porque eu era pessoa não grata, porque eu perguntava e eles não diziam, e eu dizia: “eu pago para o senhor me dizer”, e aí criava um impasse, um atrito. E aí eu tomei uma nova estratégia de não perguntar mais nada. Eu só perguntava para eles: “o que que o senhor vai dar na semana que vem?”, e eu chegava lá sabendo mais que ele. Era eu e o Simplício que fazíamos isso.

Mas eles eram boicotadores demais. São alguns até hoje.

V- O engraçado é que nós tivemos médicos que apoiaram a Fisioterapia, e ao mesmo tempo os que temiam a evolução.

HP- Exatamente. Aqueles que boicotam. E hoje em dia a gente vê que cada vez mais que os que boicotam estão desaparecendo, porque se nós pensarmos o seguinte: o Walter Araújo Zin, do Rio de Janeiro, fisiologista respiratório, ele dá um apoio à Fisioterapia, e no serviço dele as pessoas podem chegar lá e fazer um mestrado e doutorado em fisiologia respiratória, ele aceita, seguindo as regras da casa, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Roberto Brito Jardim, idem, idem, na Escola Paulista de Medicina; e hoje em dia nós temos vários serviços da Escola Paulista, vários serviços da USP aceitando fisioterapeuta para fazer qualquer tipo de especialização na área de Fisioterapia ou de Reabilitação de um modo geral. Quer dizer, isso é o reconhecimento da importância dessa profissão.

Quando é que essa profissão é importante? Só sei que ela é importante da seguinte maneira: quando um médico tem um filho dentro de uma UTI, cheio de secreção na via aérea; um filho politraumatizado que precisa de fisioterapeuta; uma mãe politraumatizada, uma mãe que sofreu um AVC, a mãe sofreu um infarto agudo e você vê um fisioterapeuta; e eles acham, aqueles que rejeitam, eles passam a reconhecer a fisioterapia porque eles veem o resultado que o fisioterapeuta fez em cima do seu parente. Outros já conhecem, já mandam, enviam, e dizem que dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva não pode faltar o profissional fisioterapeuta, aliás, todo paciente confinado dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, merece o tratamento fisioterápico, nem que seja profilático, que é a melhor terapia.

V- Professor, como é que foi a época do período militar? Nós sabemos que em 69 foi reconhecida a profissão, como é que foi esse processo de reconhecimento?

HP- Esse processo de reconhecimento foi até um processo muito mais simples do que nós pensávamos, porque nós estávamos assim, elaborando, esse grupo que já estava se formando, o grupo já estava formado, estava lutando através da Associação dos Fisioterapeutas do Rio de Janeiro, AFG do Estado da Guanabara, e depois da AFERJ, do Rio de Janeiro, estava se mobilizando, junto com a ABF, já que não existia os CREFITOS nem o COFFITO, já estavam se mobilizando, essas Associações existiam na luta pelo reconhecimento da profissão. Então esse processo de reconhecimento já estava a nível governamental, só que os governos... tanto o governo Jânio Quadros em 1960, depois do Jânio Quadros, ele renunciou, entrou o governo do João Goulart, que era o vice. O João Goulart foi deposto em 31 de março, o Brizola era o cunhado do João Goulart, e botava fogo, então os militares acharam, depois de um comício na Central do Brasil, que o Brasil ia pegar fogo, ia virar um país comunista, era o grande medo deles, e resolveram fazer a Revolução de 31 de Março, e aí assumiu o governo militar, com o golpe militar, apoiado pelos Estados Unidos, e aí começou o governo militar.

O governo militar foi excelente para a fisioterapia, apesar de o governo militar ser ruim para uma série de outros seguimentos do nosso país.

Era um governo repressor, um governo que você não tinha garantias políticas, nem como ser humano e como cidadão, as suas garantias como cidadão estavam totalmente abolidas, se você fosse preso, era preso, não adiantava advogado tentar te soltar, e se o advogado forçasse a barra era preso também.

Então, mas o governo militar, ele, como eu contei anteriormente, após o Acidente Vascular Cerebral do Costa e Silva, esse processo já estava tramitando pelo Congresso, que já estava fechado, porque eles fecharam o Congresso Nacional, o Senado Federal, ele mandou desencilhar, desengavetar esse processo, e mandou por um Decreto-lei, uma ato militar, um ato institucional, o reconhecimento da profissão.

V_ O documento do reconhecimento foi elaborado por quem?

HP- Aquele documento especificamente eu não sei, mas a maioria dos fisioterapeutas do Rio de Janeiro mais o pessoal de São Paulo, eles é que tiveram realmente a idéia de fazer aquele documento; fomentar, forjar aquele documento.

V- Então foi um documento elaborado pelos próprios fisioterapeutas?

HP- Pelos próprios fisioterapeutas, e foi aprovado sumariamente pelo *Trio Viratum*. Bom, como isso era um Decreto-lei, ninguém pode derrubar.

E aí o que é que aconteceu? De 69 mais 9 anos decorreram até que chegou no governo do presidente Ernesto Geisel, que foi o anti-penúltimo do governo militar. Depois do Geisel teve o Garrastazu Médici, depois veio o Figueiredo, e depois a transição, que entrou exatamente ... iria entrar o Tancredo Neves e entrou o Fernando Collor de Melo.

Bom, o governo do Ernesto Geisel, ele também por um ato militar, sumariamente, ele reconheceu e regulamentou a profissão, criou os CREFITOS e o COFFITO, então a profissão aí pronto, apesar de haver um *lobby* dos médicos contra o reconhecimento e a regulamentação da profissão, como eles tentam até hoje. Só que eles são ignorantes, não sabem que uma profissão reconhecida e regulamentada, jamais poderá ser modificada.

Mas quem são os deputados? São pessoas, muitas vezes, semi-analfabetas, são pessoas, muitas que mal sabem assinar seu nome, e são pessoas que são induzidas por alguns médicos, e eles vão prá lá prá ser testa de ferro de médico, vai ser boi de piranha de médico. Então eles tentam entrar com medidas, com novos projetos, só que eles esbarram em uma legislação federal, e quando isso cai no Supremo, o Supremo derruba tudo aquilo com uma facilidade incrível, porque eles são ignorantes, eles ignoram a lei. E eles podem tentar o que eles quiserem, eles não vão conseguir absolutamente nada porque isso já é uma lei, um Decreto-lei já fundamentado, existe já todo um regulamento, existe um código de ética, já existe tudo aquilo referente ao profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional também, não é?

V- Como que o senhor vê o Terapeuta Ocupacional junto com a Fisioterapia?

HP- Eu vejo o terapeuta ocupacional uma classe, uma entidade muito pouco participativa. São poucos profissionais, são profissionais que nunca participam junto com fisioterapeutas para tornar a profissão mais forte, eles se colocam à parte; e eles à parte não conseguem absolutamente nada, tanto isso é verdade que quantos terapeutas ocupacionais se formam a cada ano no Brasil, e quantos fisioterapeutas se formam a cada ano no Brasil. É uma coisa fantasticamente maior do lado dos fisioterapeutas, e uma coisa muito menor do lado do terapeuta ocupacional, porque eles mesmo se auto segregam, eles se auto isolam, e eles não participam, a não ser o Conselho, que é único dos dois, o resto eles tentam fazer uma profissão a parte, quando na realidade eles fazem parte de uma equipe multi-profissional, mas eles não se aliam a ninguém, fazem os congressos deles de forma própria, nunca chamam os fisioterapeutas para participarem, e os fisioterapeutas também não chamam os terapeutas ocupacionais para participarem dos seus congressos, coisa que seria uma troca muito grande. Eu acho que o terapeuta ocupacional deveria participar dos nossos congressos também, eu acho que é um erro nosso não chamá-los. Que eles não nos chamem, tudo bem, problema deles, mas nós deveríamos chamá-los, porque o terapeuta ocupacional, ele tem muito mais recursos, por exemplo, pra tratar uma mão, do que nós fisioterapeutas. Tem recursos assim, de condutas terapêuticas, condutas de atividades de terapia ocupacional que são fantásticas para a recuperação de uma mão, pra uma recuperação de AVDs, de uma série de recuperações que eles fazem.

V- Que a gente acaba nem conhecendo...

HP- E não consegue reconhecer a gente não indica, não indicando a gente não trata, e se a gente também não conhece não faz.

V- Professor, como que era o atendimento na época do regime militar? Quais eram as principais doenças? Quais eram as áreas de maior atuação?

HP- As áreas de maior atuação infelizmente, eram as áreas de ortopedia, traumato, reumato, e neuro. Essas eram as quatro áreas: ortopedia, traumatologia, reumatologia e neurologia. Neurocirurgia, de resto não existiam outras áreas nessa época, na década de 60, nem na década de 70, essas áreas começaram a serem fomentadas com a formação de novas turmas.

V- O senhor comentou comigo que essa época do regime militar foi fantástica para a Fisioterapia. O senhor vê uma relação, justamente disso, a Fisioterapia trabalhava com pacientes ortopédicos, neurológicos, justamente numa época que nós tínhamos altos índices de acidente de trabalho, altos índices de pacientes com paralisia infantil?

HP- E de alto índice de pacientes que tinham lesões nas brigas com a polícia, porque a polícia entrava assim, de uma forma ostensiva, existiam vários comícios, as pessoas estavam insatisfeitas com o regime militar, então as pessoas eram perseguidas, as pessoas eram torturadas, mortas, desapareciam; tudo isso ocorria no Rio de Janeiro. O Rio de Janeiro tem a Vila Militar, as pessoas desapareciam quando iam à Vila Militar. Entende? Então essas pessoas, por exemplo, elas eram torturadas, elas ficavam com sequelas, então, a fisioterapia, a partir da década de 70, ela começou a ter uma nova dimensão. Eu acho que até o final de 60 a fisioterapia era uma, na década de 70 a fisioterapia mudou radicalmente, as novas turmas que estavam se formando, começaram a observar que os pacientes mereciam fisioterapia respiratória, que os pacientes mereciam ter em terapia intensiva a ação do fisioterapeuta, que os pacientes de cardiologia mereciam a ação do fisioterapeuta, que pediatria ídem, ídem..

V- Mas como que era isso? O pessoal saía para fora... para fazer os cursos?

HP- Saía para fora exatamente.

Por exemplo, a Mercedes de Carvalho era uma fisioterapeuta, quer dizer, entre aspas, até a época da regulamentação da profissão, e a profissão foi regulamentada em 1978, e ela era o que? Era uma pessoa prática, era uma pessoa estudiosa, muito inteligente, trabalhava com um médico pneumologista, que era o Dr Edmundo Blundi, e o Edmundo Blundi mandava sempre a Mercedes de Carvalho para Londres, para o Brompton Hospital. E lá ela aprendia Fisioterapia com as pessoas do Brompton, e ela voltava para o Brasil e aplicava Fisioterapia.

Mas quando a profissão foi reconhecida em 1978, foi criado os CREFITOS e o COFFITO, o CREFITO já havia feito uma resolução, que só podia exercer a Fisioterapia os fisioterapeutas. O que que ela fez? Humildemente, fez o vestibular, entrou para faculdade de Fisioterapia da FAIC, e foi minha aluna. E ela entrou, ela já sabia que isso ia ocorrer, ela entrou na turma de 77, estudou 77 todo, 78 todo, 79 todo, se formou na turma de 80, no segundo semestre de 80 porque eram quatro anos e meio. E eu tive o prazer de dar aula pra ela. E ela diz para mim: “eu tenho seu caderno até hoje, eu copiava o seu suspiro”. Mas como que eu ia falar de Fisioterapia respiratória com uma pessoa que sabia mais do que eu? E ela humildemente sentava ali, escutava.

Mas a gente já tinha uma visão mais ampla, a gente já falava de uma série de outras coisas, não somente de Fisioterapia respiratória...

... passaram por nossas mãos. Então, hoje são eminentes professores. Então, isso é um motivo de orgulho, é um motivo de grande satisfação, vendo que esses ex-alunos hoje são professores tanto quanto nós somos, e que nós estamos na mesma luta, no mesmo barco, tentando tocar essa profissão cada vez mais para frente.

É claro que nós já vamos ficando um pouco cansados, nós já estamos militando essa vida há 33 anos, mas eu tenho o ímpeto ainda de ficar nessa profissão mais 15 anos, lecionar de 55 até 70 anos, e ser obrigatoriamente, ter que me aposentar compulsoriamente. Mas não quer dizer que eu me aposentando compulsoriamente eu não possa lecionar, não tem nenhum impecilho, continuarei lecionando enquanto eu tiver força, porque eu adoro lecionar, eu adoro mostrar para o aluno o caminho das pedras, a luz no fundo do túnel, porque na realidade isso é uma cachaça, cachaça faz mal, mas o sujeito bebe e fica viciado. Dá aula você ganha pouco, mas é bom, eu gosto. E quando a gente faz aquilo que gosta a gente tem prazer em dar 10 horas de aula e ainda não está cansado.

V- Os primeiros cursos foram o da ABBR e do Instituto de Reabilitação...

HP - Os primeiros cursos foram da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, que funcionava sob a égide da ABBR.

V- E ao mesmo tempo surgiu o de São Paulo...

HP- Da USP, que foi também o primeiro curso em São Paulo.

V- Havia algum intercâmbio entre os cursos?

HP - Não, nenhum intercâmbio entre a USP e a ABBR, usavam isoladamente.

Os fisioterapeutas, depois de formados, é que começaram a fazer intercâmbio profissionalmente.

Eu conheci a Sônia Gusman em 1969. Eu formei em 68, conheci a Sônia em 69 no Congresso Brasileiro de Paralisia Cerebral que eu fui em Belo Horizonte, e ela é CREFITO 1 em São Paulo. Então ela já estava ministrando os conhecimentos dela no Congresso Brasileiro de Paralisia Cerebral.

Eu conheci a Sônia Manso nessa época também. Então essas são as pessoas que já ministravam aulas pra nós, assim como no Rio de Janeiro nós tivemos a Sueli Marques que é a precursora da fisioterapia, ela foi da 1ª turma, e a Sueli Marques foi minha professora. A Maria Ramona, foi da 1ª turma, foi minha professora. O Fernando Santos, foi meu professor, hoje radicado nos Estados Unidos há mais de 20 anos.

Então foram esses os precursores, os fisioterapeutas que davam aula para a gente. Então, assim que eu me formei em 68, a Sueli Marques, que foi minha professora, me chamou para ser assistente de ensino dela, e aí que eu comecei a militar no ensino, docência, mas nesse tempo, a Sônia Gusman, já militava na prática, na prática e na docência. A Manso, na prática e na docência.

Dois fisioterapeutas antigos de São Paulo...

V- Eugênio, Danilo...

HP- Danilo, ele estava na docência. Um outro também, que trabalhava junto com o Danilo...

V_ O Eugênio Sanchez, e o irmão dele Angel

HP- É um outro baixinho, corado, alguém falou o nome dele aqui hoje.

Então, essas pessoas foram as precursoras. E a partir daí então, o intercâmbio passou a existir entre os profissionais, e aí é que foram criadas as..., a gente começou a se unir e a se fortalecer, já que a profissão passou a ser reconhecida e regulamentada, e aí muitos médicos tentaram derrubar isso. Só que isso não dá práaderrubar porque foi um Decreto-lei vindo de dentro da ditadura. Então, era lei, era lei, acabou o assunto, e o Ministério do Trabalho reconhece tudo isso, não pode retroagir.

V- Graças a Deus...

HP- É verdade.

V- Qual que era o discurso dos professores? Que tipo de profissional queria se formar?

HP- Olha, na realidade, esses primeiros profissionais que foram formados foram forjados. Eles foram até um certo tempo deturpados. Porque eles recebiam aquela informação daqueles professores médicos: “Isso não interessa pra você, é uma profissão subalterna, é uma profissão em que você é um técnico”, não é verdade? “Você não tem o direito de ser chamado de Doutor. Apesar de você estar num curso de nível superior, você é apenas um auxiliar médico” - discurso que deformava tudo isso.

Alguns colegas nossos aceitaram e incorporaram esse discurso e são subalternos até hoje. Outros, como eu, jamais engoli isso. Que conversa é essa? Eu sempre me baseava no dentista. “Se o dentista hoje é odontólogo, ele se profissionaliza, ele é auto-suficiente, ele se auto-provê, ele opera, ele anestesia, ele sutura, ele medica, nós vamos chegar lá. Que conversa fiada é essa. Nós temos que botar esses médicos pra fora. Mas como botar esses médicos pra fora, se nós não sabemos anatomia, nós não sabemos fisiologia? Nós não sabemos, mas nós vamos ter que saber”.

E aí começamos a correr, cada um pro seu lado, de uma forma bem organizada. Instintivamente, cada um começou a pegar o seu mercado, a pegar o seu quinhão, a pegar o seu lugar dentro da docência. Aí; “não, eu gosto de anatomia, quero ser pós-graduado, eu vou dar aula de anatomia. Não, eu gosto de fisiologia”...

V- Foi muito pessoal?

HP_ Muito pessoal, cada um foi vendo a sua responsabilidade, tomando para si a responsabilidade. É a mesma coisa, o jogo tá difícil? Dê a bola para mim, que eu resolvo. É chamando a responsabilidade pra você, e não deixando que as instituições, as autoridades decidissem por nós.

V- Esse discurso foi mudando, a partir do momento que os fisioterapeutas começaram a dar aulas?

HP- Foi mudando, porque o fisioterapeuta dando aula, ele sabia a necessidade do próprio fisioterapeuta, porque ele passou essas necessidades quando estava nos bancos escolares. Então, isso aí foi mudando de uma forma radical, até que nós chegamos nos dias atuais. E o que que nós observamos nos dias atuais? Nos cursos de graduação, por exemplo, na própria Universidade Tuiuti, do Paraná, e da própria Universidade Católica do Paraná, onde nós temos Andréa Miller. Andréa Miller é ex discipula de Azeredo, amiga da Maria Ignêz Feltrim. Essas pessoas que são coordenadoras de curso de graduação, como o Esperidião, já estão dando essas disciplinas para fisioterapeutas com mestrado e doutorado.

Então, o fisioterapeuta sabe da necessidade do próprio fisioterapeuta, e a tendência desses cursos é terem profissionais cada dia com melhor formação, já que você vai ter um fisioterapeuta dando anatomia, já que ele tem o mestrado em anatomia, ou o doutorado em anatomia, ele não vai esconder o jogo para o seu colega fisioterapeuta. Ele vai dar o máximo de si, e não era isso que acontecia com os médicos anatomistas, eles davam a coisa superficial

V- No Curso da ABBR também tinha curso de medicina?

HP- Não tinha. Só tinha o curso de fisioterapia e terapia ocupacional e fonoaudiologia, que antigamente chamava-se foniatria. E o foniatra nosso chamava-se Pedro Bloch, foi o primeiro foniatra do Brasil. Famoso o Pedro Bloch, hoje ele não mexe mais com isso, ele já está aposentado.

Mas esse curso, é como eu disse anteriormente, 75 - 80 % dos professores eram médicos, 20 - 25 % eram fisioterapeutas. Hoje, é o inverso, 80 % dos professores são Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, 20 % são médicos. Até que nós vamos zerar esse negócio de médico.

Por que, o que que nós observamos? A minha idéia está sempre na odonto. Hoje as faculdades de odontologia todas as disciplinas são dadas por dentistas. Nenhum médico vai dar aula para o odontologista, mesmo porque quem entende de boca, quem entende de dente é o dentista.

Então, isso vai acontecer com a Fisioterapia. Porque quem entende de Fisioterapia, quem entende de recuperação somos nós fisioterapeutas. Por que que o médico tem que entrar, por que tem que dar emprego pra médico tirando emprego dos nossos colegas? Não é verdade, esse é um mercado aberto.

V- Tendo competência...

HP_ Claro, e nós sabemos das nossas necessidades, nós sabemos onde aperta o nosso sapato.

V- O senhor participou ou conhece a época em que houve a mudança do primeiro currículo para o segundo, que passou para quatro áreas, dividido em matérias básicas, ...

HP- Lembro-me disso. Eu não participei dessa fase porque essa fase era uma fase em que eu estava ainda recém-formado, mas eu me lembro que eu ainda estava na faculdade, e eu via todo o movimento do diretório central dos estudantes, DCE. E o DCE sempre dava pressão em cima desses currículos na tentativa de que os cursos... os nossos colegas que tomavam conta do Diretório Central dos Estudantes, eles sempre fomentavam, incrementavam os professores fisioterapeutas nesse currículo, então eles tinham uma participação ativa, dinâmica. E efetivamente, esses professores fisioterapeutas que tentaram mudar, foram mudando, e foram

mudando, até que a coordenação dos cursos de fisioterapia que não eram fisioterapeutas, a coordenação dos cursos de Fisioterapia era médicos, olha que coisa absurda... a direção da faculdade de fisioterapia era médico, a vice-direção da faculdade de fisioterapia era médico. Por que? Porque nós não tínhamos fisioterapeutas formados, nós não tínhamos fisioterapeutas que se interessassem por tudo isso, não tínhamos fisioterapeutas que tivessem competência pra tudo isso, até que... por isso que eu digo que a grande revolução aconteceu na década de 70, no final da década de 60 e início da década de 70, e esses novos fisioterapeutas começaram uma nova mentalidade tentando modificar radicalmente tudo isso, a ponto de nós chegarmos aos dias atuais.

V- O currículo só foi aprovado em 83. Até então cada lugar fazia do jeito que queria?

HP- Certamente. E isso cada um tinha uma formação, ou melhor ou pior, do que o outro, e muitas vezes uma formação sempre nivelada por baixo. Até que houve a equalização desses... e aí a coisa melhorou mais ainda, na década de 80, né?

V- Foi aí que passou o mínimo para 4 anos...

HP- E era 4 e meio, né? Algumas passaram pra 4 e meio, tinha 4, 4 e meio, alguma até 5 anos.

Eu acho que o ideal seriam 6 anos. Eu particularmente acho que o curso de Fisioterapia hoje me dia merece 12 períodos, principalmente quando você dá uma carga horária maior para o ciclo básico: 3 períodos de anatomia, 3 períodos de anatomia microscópica e histologia, 3 períodos de patologia, 2 períodos de bioquímica, 2 períodos de biofísica. Tudo isso é de uma importância capital. Saindo desse básico bem formado, as cadeiras intermediárias: cinesiologia com biomecânica ficaria muito mais fácil. Entrando nas cadeiras profissionalizantes, o fisioterapeuta que ministrasse a cadeira profissionalizante não precisaria retroagir ensinando anatomia, não precisava retroagir ensinando fisiologia, não precisava retroagir ensinando patologia, ensinando bioquímica, ensinando nada disso tudo; e por quê? Porque o profissional estaria bem formado é dali para frente, então ele poderia realmente esgotar o seu conteúdo programático. Não é verdade?

V- No currículo de 83 começaram a entrar disciplinas da área de humanas. Como é que o senhor vê isso professor?

HP- Eu acho interessante porque senão o fisioterapeuta fica com uma visão muito rudimentar, muito tecnocrata, muito tecnológica, e ele precisa abrir seus horizontes. E eu particularmente acho que a sociologia abre os horizontes de qualquer pessoa. Tanto que você faz um estudo sociológico.

Porque efetivamente na nossa sociedade, na sociedade de consumo, na sociedade latina, sociedade machista, uma sociedade em que até hoje o homem é o senhor do lar, o que é um absurdo. Então eu acho que quando você aprende sociologia, quando você aprende todas essas a coisa étnica, você tem uma visão ampla daquele paciente, daquela família, daquele grupo, daquela cidade, e isso vai fazer com que você se comporte de uma forma muito melhor, que você otimize o tratamento daquele paciente.

Muitas vezes a gente observa o seguinte: “Ah, o paciente é pobre e não tem jeito de comprar isso, e eu vou deixar por aí mesmo”- não é por aí. Você tem que se colocar no lugar dele, quer dizer, ele é pobre, e se eu fosse também? Eu gostaria que alguém lutasse por mim, e eu vou fazer por onde lutar. Vamos achar uma medida alternativa, vamos minimizar o sofrimento desse paciente, vamos tentar que esse paciente que está acamado volte à sua atividade laborativa, que a família depende dele. Coloque-se no lugar dele. E acho que a sociologia dá essa visão, uma visão mais humanística, uma visão mais humana no tratamento ético desse paciente.

V- Isso foi uma grande evolução, não é?

HP- Muito grande. É a formação do novo profissional, forjando um profissional mais humano. Hoje em dia se fala muito em humanização de uma Terapia Intensiva, claro que nós temos que humanizar. A terapia intensiva na década de 60, 70, 80 até 90, o seu paciente era o que? Era um caso, era um prontuário; a papeleta ficava pendurada no pé da cama dele. As pessoas chegavam lá, o neurologista chegava lá, e pra saber se uma senhora que depois que tivesse um AVC, se estivesse em estado de coma, ele vai e aperta o bico do peito, pega o mamilo e torce. Vá torcer o mamilo da sua mãe, rapaz! Você tem várias maneiras de testar um reflexo doloroso.

O médico, o fisioterapeuta, chega no paciente com aquele esteto gelado e encosta no peito do cara, o cara toma até um susto. Custa você esquentar o estetoscópio, chegar e conversar com o paciente, cumprimentar o paciente? Ele não é uma massa humana que está ali em cima. Ele tem nome, tem identidade, tem um passado, tem um presente, tem um futuro. Ele é um chefe de família, é uma mãe, é uma avó, um avô, é um ser humano.

V- Mas essa preocupação apareceu posteriormente?

HP- Infelizmente.

V- A primeira preocupação era com a técnica?

HP- É, o que é complicado isso. Isso é complicado. Na minha cabeça é complicado. Porque você pode ser um bom técnico, tudo bem, mas você não sendo humano, não pega nada.

Você não tem como fazer de uma forma humanística um tratamento adequado, porque o paciente tem corpo, mas ele tem alma, ele tem espírito, ele sofre, ele tem decepções. Ele não é um prontuário, ele não é um caso, ele não é um número. Ele tem família, ele tem mulher.

V- O senhor não acha que até hoje, mesmo tendo introduzido essas disciplinas mais humanísticas, nós ainda temos uma formação muito técnica?

HP- Infelizmente.

Isso é muito pessoal também, né? Eu acho que as pessoas tentam fazer, se robotizam, esse é o nome certo: robotização. A tecnologia é tão avançada que você não olha para o doente, você olha para a máquina, e você pensa que o paciente é um componente da máquina, não é verdade.

V- Mas nós professores, ainda continuamos dando prioridade para a técnica?

HP- Olha, eu particularmente, eu viso sempre, tudo aquilo que eu falo, viso o benefício do doente, e passo isso pro aluno: tem que beneficiar o doente. O doente não é um caso, o doente não é um número, o doente não é um prontuário, o doente tem família como nós temos. Lembre-se que você pode estar deitado breve no lugar dele. Doença não dá em poste, dá em gente, nós estaremos um dia dentro de uma UTI, e nós gostaríamos de ser tratados de outra forma, então vamos começar a modificar a nossa conduta. E por aí vai. Respeito ao doente, só isso. Respeito ao doente. Está sofrendo, nós estamos com saúde. Não sei até quando, é isso que temos que olhar o futuro. Até quando?

V- Professor, o que que o senhor acha desse currículo dividido em áreas clínicas, que acompanha as áreas médicas? Como é que o senhor vê?

HP- Eu acho o seguinte, eu acho não, eu tenho certeza. Eu acho que cardiologia clínica brevemente não será mais dada por cardiologista, não há necessidade. A fisioterapia aplicada à cardiologia muito menos.

A pneumologia clínica... se a pneumologia clínica fosse dada em todas faculdades pelo Roberto Brito Jardim eu ficaria feliz, porque é um médico, e também é um fisioterapeuta incorporado.

Mas, por que a Maria Ignêz Feltrim, por que que a Ada Gastaldi não pode dar pneumologia?

V- Mas como é que o senhor vê esse currículo nosso subdividido em áreas? Não quem vai dar, mas assim: a Fisioterapia aplicada em cardiologia, etc. Como o senhor vê isso, dessa subdivisão, porque antes não existia isso, era Fisioterapia geral e Fisioterapia...

HP- É, hoje em dia ela tem que ser subdividida, porque as especialidades dentro da Fisioterapia são cada dia mais abrangentes.

Se você hoje em dia milita em UTI, você só faz UTI, você tem muito o que estudar. Porque a UTI, ela é de um polimorfismo muito grande. Hoje em dia as condições, as nuances da ventilação mecânica invasiva, da ventilação mecânica não invasiva, todos aqueles procedimentos invasivos no paciente, todos aqueles procedimentos deixam sequelas. Paciente acamado dentro de uma Terapia Intensiva, ele sempre vai ter um comprometimento pulmonar, independente de sua patologia de base. Enfim, então o sujeito tem que estudar Terapia Intensiva de uma forma ... ser um especialista em Terapia Intensiva.

Se o outro faz Fisioterapia respiratória, muitas vezes ele tem que ter uma visão global do doente, mas ele vai ter que estudar muito, aprofundamente a Fisioterapia respiratória. Se ele faz ortopedia e traumatismo, muito; se ele faz medicina desportiva, mais ainda. Esse é o grande...

V- Então o senhor acha bom?

HP- Eu acho porque automaticamente, você vai direcionando aquelas tendências... eu acho que o fisioterapeuta antes de fazer qualquer especialização, essa é a minha opinião, qualquer especialidade, poderia fazer a especialização depois de 3 anos de formado e tivesse uma vivência clínica geral.

É o que se faz hoje em cirurgia plástica. O Pitangui só aceita alguém prá fazer cirurgia plástica com ele depois que tenha feito 3 anos de cirurgia geral, aí sim vem fazer a plástica com ele.

Então eu acho que o fisioterapeuta devia depois de formado ter uma vivência clínica genérica 3 anos, depois, pode escolher uma especialidade, porque aí ele vai ter uma formação melhor. Porque hoje em dia, alguém que faça, por exemplo, Fisioterapia estética, nossa senhora, tem muita coisa pela frente pra estudar. Alguém que faça Fisioterapia neonatal, tem muita coisa para estudar, já que é onde o fisioterapeuta entrou mais recentemente, na comunidade de terapia intensiva neonatal. O fisioterapeuta que faz Fisioterapia pediátrica, tem muita coisa para estudar. Independente de neurológica, ortopédica, traumática, reumática. E quem é generalista? Mais para estudar. Hoje em dia tem a Fisioterapia geriátrica e gerontológica, muito que estudar, porque velho tem tudo, velho tem um compêndio.

Então, eu particularmente acho que o fisioterapeuta, antes de partir para qualquer especialidade deveria fazer a Fisioterapia genérica 3 anos no mínimo.

V- Isso infelizmente não acontece.

HP- Mas deverá acontecer. É pegando os modelos que deram certo, dentro da própria medicina, porque se a cirurgia plástica, a própria cirurgia plástica que é uma entidade fechada, e que ela tem o controle sobre os cirurgiões plásticos de uma forma assim contundente. Se alguém tem um erro dentro da cirurgia plástica, a própria sociedade tenta avaliar aquilo. Ela tem um nome a zelar. E o Pitanguy está à frente de tudo isso, ele é o pai da cirurgia plástica no Brasil e no mundo.

V- O senhor não acha que está faltando isso para Fisioterapia?

HP- Sem dúvida, a gente começar avaliar os nossos colegas.

V- Porque hoje hoje nós temos uma abertura, um “boom” nos cursos de fisioterapia...

HP- ...E que a formação é muito ruim.

V- Como que o senhor vê isso?

HP- É o seguinte, eu vejo a formação ruim, porque na realidade existe um ciclo vicioso.

O professor do curso de formação ganha muito pouco, então aquele profissional que poderia ser professor não se interessa porque ele ganha muito pouco.

Então, quem ganha muito pouco, eles começam a pegar alunos recém-formados, que não têm vivência clínica, e começa a ministrar aula. E aquele aluno acaba tendo aquilo como uma válvula de escape, como um emprego, e ele começa a ministrar aula, mas baseado em que? Em teoria, em literatura, ele não tem vivência clínica, e aí ele forma vários alunos com essa mentalidade.

V- Como é que o senhor vê isso pro futuro?

HP- Tem um futuro, é que os cursos de graduação aumente o valor da hora aula. Que o curso de especialização, a nível de pós graduação, aumente a hora aula, que o curso de mestrado aumente a hora aula, e o curso de doutorado aumente a hora aula; aí você vai ter o profissional que você quer.

Ele tem que ser remunerado. Porque efetivamente o professor trabalha tantas horas na sala de aula, muito bem. Mas ninguém paga o que ele trabalha em casa. Isso é um erro.

Então o que que você faria para o professor? Professor, você vai ter vinte horas de carga horária semanal, então o senhor vai ganhar quarenta. Então tá bom. 20 pra trabalhar aqui, 20 pra trabalhar em casa. Esse seria o justo. Mas vai chegar a isso, tem que chegar. Porque senão vai ser uma evasão muito grande de bons professores, e os cursos vão acabar fechando, porque o provão tá provando isso.

V- E esse mau profissional no mercado, como é que o senhor vê isso? Nós que ainda dependemos do retorno da sociedade.

HP- Ele denigre a imagem da profissão. Esse é o grande problema. O mau profissional denigre aquilo que os bons tentaram construir durante esses anos. E pra destruir é muito mais fácil do que pra construir. Pra construir um prédio você leva 4 anos, pra destruir 4 segundos, numa implosão. Esse é que é o problema.

Mas o provão, ele está provando que, o aluno, quando começou o provão, o aluno foi contra, em torno de 90 %. Hoje o nível de aceitação é de 90 % por parte dos alunos. O aluno chegou a conclusão que o provão não é para testá-lo, o provão vem pra avaliar aquilo que ele aprendeu. Então, o provão é para avaliar a faculdade, a instituição, a universidade; para avaliar o professor, para avaliar a coordenação, para avaliar o curso em si. Então, essa é a grande vantagem do provão. E nós vamos ver essa realidade quando a fisioterapia entrar no provão.

V- O pessoal já está pedindo isso, né?

HP- Muitos cursos serão fechados, sumariamente, com certeza. Eu acho que é a grande maneira da gente melhorar é entrar no provão.

Eu particularmente, já tinha colocado a Fisioterapia há muitos anos nesse provão. Por que? Porque na Universidade Federal do Rio de Janeiro há 3 anos seguidos que o 2º curso mais procurado é fisioterapia. O ano passado foram 25 alunos para uma vaga de medicina; no ano passado foram 23 alunos por uma vaga na Fisioterapia. Três anos seguidos é o segundo curso mais procurado.

Bom, tem que melhorar esses cursos, que é a segunda profissão mais procurada dos vestibulares, vamos deixar entrar no provão; vamos ver se esses cursos estão colocando um profissional competente no mercado.

Bom, aí é que a gente vai ter o reverterio, o efeito retrógrado. Muitos cursos irão fechar. Por que? Ou eles contratam professores efetivamente graduados, professores bons, pagando regamente esses professores, ou eles fecham, porque eles não podem pagar a hora/aula a R\$ 35,00, a R\$ 30,00. Isso é manicuri, não é verdade? Complicado.

V- Bom professor, era isso que eu gostaria de colher do senhor...

HP- Está certo, eu fico muito agradecido, e qualquer coisa que você queira eu estou em pleno dispor.

V- Mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar?

HP- Eu só espero que o que tem que melhorar ainda na nossa profissão efetivamente, é o nível dos professores do curso de graduação. E para que haja melhoria desse professor, e que esse professor tenha um ímpeto de voltar a lecionar num curso de graduação vai depender do que se paga de hora aula. Efetivamente isso, e os professores já estão caminhando para pós graduação, onde se paga a hora/aula melhor. Então, eles são pós graduandos que estão militando na pós-graduação.

Mas do curso de graduação estão saindo alunos muito mal formados, infelizmente porque os professores também são mal formados. Fica um ciclo vicioso.

V- Muito obrigada professor.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

HELIO SANTOS PIO

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

() Fisioterapia – 2 anos

() Fisioterapia – 3 anos

(X) Fisioterapia – 4 anos

Local FERRI

Ano de conclusão: 1968

(X) Outros Cursos – Quais? FISIOLOGIA / BIOQUÍMICA

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?

(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

CLÍNICA MÉDICA

FISIOLOGIA

CARMILOGIA

PSICOMOLOGIA - NEUROLOGIA

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua formação? Cite algumas razões.

Prof. PAULO CESAR MUNIZ - FISIOLOGIA

Prof. Orlando Maria Fontes - Clínica Médica

Prof. An. Bruno Fontes - Neurologia

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

Prof. Sueli Marques - Fisioterapia Geral

5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

- () Inglaterra (X) Estados Unidos
 () Alemanha (X) França
 () outras _____

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

- (2) acidentados
 (3) doenças congênitas
 (1) Pré ou pós operatórios
 () outras _____

7- O curso realizado valorizava mais a:

- (X) prática (X) teoria () ambas

Por quê? _____

8- Realizou cursos de pós-graduação?

- () não

(X) sim. Quais? QUÁTICA DO ENSINO SUPERIOR

Localidade RIO DE JANEIRO

DOCTORADO EM REABILITAÇÃO 2
CARNAÍCA - BUENOS AIRES
J.B.A.

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: ABBL

Ano: 1969

Área: FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

(X) não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

EXCELENTE

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

BOM

13- Participa de entidades profissionais?

() não

(X) sim - Quais? SOBLAFIR e S.B.C

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

A.F.F.R. - Associação de Físicos
Médicos do Estado de
Rio de Janeiro.

15- Como foram organizadas?

Por alunos recém formados.

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

Científica - cultural

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

Quase.

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

() sim - Quais? _____

(X) não

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

_____ *desfavoravelmente* _____

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

() não

(X) sim

Como?

_____ *Através de organizações* _____
 _____ *científicas - ABFT (AFREM)* _____

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

() não

(X) sim

Como _____ *por meio da decreto-lei.* _____

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

nenhuma

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

profissional secundário de 3ª categoria

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: muito boas principalmente de Buenos Aires e Barcelona

Influências internas: São Paulo, Paraná.

Conquistas:

Muito boas nos aspectos legislativo (estatuto e decretos) e Científico

Frustrações:

Fisioterapeutas ainda sob a tutela de médicos

Objetivos:

Exercer a profissão profissional
total por todos os aspectos.

Desafios:

Vencer os preconceitos da sociedade
que são colocados por médicos.

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

Obrigada

**ANEXO 6 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELO FISIOTERAPEUTA
SÉRGIO MINGRONE NO DIA 18/01/01**

V - Após a introdução que fiz para o senhor, sobre os objetivos da minha pesquisa, eu gostaria que o Sr. me falasse um pouco sobre o que foi importante na sua formação, onde foi, etc

SM - Eu me formei em 1970 na Faculdade de Medicina da USP - Universidade de São Paulo. O curso era de 3 anos.

Enquanto acadêmico, em 1969 nós já tivemos a transformação da nossa profissão que não tinha nenhum reconhecimento social, nem legal, nem reconhecimento da profissão com profissional de nível superior. Então, só a partir de 1969, no dia 13 de outubro, que nós passamos a ser realmente profissionais de nível superior.

Sempre houve uma inquietação, mesmo enquanto acadêmico, com relação à uma melhor formação e mais do que isso, da denominação da profissão. Nós éramos fisioterapeutas, se ia ficar fisioterapeuta mesmo ou fisioterapeuta, ou fisiatra, quer dizer, havia toda uma discussão em cima de como nós nos chamaríamos, e como nós organizaríamos estes currículos, porque eles não atendiam mais à nossa exigência pessoal, e à própria necessidade da classe.

Saindo da faculdade, em dezembro de 1970, eu passei para Associação Paulista de Fisioterapia, fui presidente da Associação Paulista de Fisioterapia e aí já começamos também a nos preocupar, já de uma maneira oficial, com relação aos currículos. Por quê? Porque mesmo havendo poucas escolas no Brasil, nós éramos 6 escolas nessa época, em torno disso, nós éramos em torno de 6 escolas no Brasil inteiro, mas não havia uma uniformidade, então nós nos reuníamos, os representantes de cada escola, o professor autorizado, uma vez que não havia nenhum tipo de organização. Por exemplo, o coordenador do meu curso era um ginecologista, então, se eu, da Fisioterapia, não entendia nada de Fisioterapia, imagine ele. E na verdade a gente não sabia bem o que a gente era, o que a gente queria, para onde a gente ia, mas a gente tinha essa vocação de querer fazer o melhor, de querer acertar, de querer nos organizar.

E a gente sabia que, para gente se organizar como entidade de classe, nós tínhamos que primeiro nos organizar dentro das instituições de ensino, porque elas são formadoras de opinião. E aí, nós nos reuníamos, professores autorizados pelas instituições, para poder ver o que estava sendo dado no Rio, em Belo Horizonte, na Bahia, Recife, que eram os únicos lugares que havia curso de Fisioterapia. Aí, eu passei... fui eleito para ser presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia, e dentro da ABF, graças a Sônia Gusman, Eugênio, que me antecederam, havia dentro da ABF um fórum, chamado Conselho Nacional de Representantes. Quem compunha esse Conselho? Pessoas indicadas pelas estruturas acadêmicas com o objetivo de estudar currículo, de unificar currículo e assim por diante. A gente não tinha nem aonde se alojar, não havia disponibilidade financeira para isso, quase todo mundo vinha com seus próprios recursos, ninguém investia em Fisioterapia. Eu oferecia minha casa, oferecia minha clínica, então as reuniões, normalmente, eram na minha clínica.

Havia o Conselho Nacional de Representantes, e aí sim, nós começamos a discutir, já com mais profundidade, baseado nos ensaios anteriores, já tinha uma ..., já tinha uma organização, já havia um pensamento que realmente nos tínhamos que mexer nos currículos, tentando ter uma base única, e depois, as particularidades cada escola faria a sua. Haviam escolas públicas, escolas religiosas, que precisavam ter teologia, e assim por diante. Então a gente não mexia nas particularidades. Sempre pensando que o 1º ano devia ter fundamentos, no 2º ano as especialidades, e no 3º ano a prática dessas especialidades.

V - E esse modelo vocês pegaram de algum lugar ou de algum outro curso, como foi a escolha da disposição das disciplinas?

SM - O Eugênio Sanchez o Danilo Vicente Define já tinham feito um curso de mestrado no México. A Organização Mundial de Saúde organizou, se não me engano, em 68, organizou um curso de mestrado para Fisioterapia, com o objetivo realmente de qualificar e até criar pessoas que disseminariam informações, idéias, conteúdos, e assim por diante. Eles ficaram, me parece que 2 anos no México.

Então, os fisioterapeutas do mundo inteiro ficaram no México, se prepararam e trouxeram. Então quando eles voltaram, eles trouxeram alguns currículos de outras instituições fora do país, até a nomenclatura, como que esse pessoal era chamado na Argentina, por exemplo era Kinesiólogo, em alguns lugares era fisioterapeuta, em alguns lugares era fisioterapeuta... até para nós definirmos que nome dar para o profissional.

Então nós tínhamos alguns modelos, primeiro que cada um trazia o modelo da sua instituição aqui no Brasil, e a gente tinha alguns modelos de fora. Mas a idéia principal era isso: 1º ano - fundamentos, tipo anatomia, histologia, fisiologia, biofísica, bioquímica - os fundamentos; 2º ano, as especialidades; 3º ano, a prática.

E aí, conseguimos criar um modelo, talvez uma referência. E aí sim, acabavam essas reuniões, cada um ia para o seu lugar de origem, ia tentar influenciar o diretor da escola, o coordenador do curso, enfim, a pessoa responsável, mas é evidente que a gente não tinha uma força legal, não tinha um lobby, então era muito mais em cima do bom senso, do que por uma pressão política.

V - Isso foi por volta de quando?

SM - Isso foi, eu vou te dar um período de processo, foi entre 70 e 74 mais ou menos. Só que esse Conselho Nacional de Representantes, ele persistiu durante algum tempo. Por que? Porque até então nós não tínhamos conselho regional, conselho federal, nós não tínhamos ainda as entidades de classe, e a ABF era realmente a grande responsável por tudo, que cuidava dos aspectos econômicos, dos aspectos éticos, dos aspectos profissionais, e assim por diante, até chegar o momento, que por coincidência era eu o presidente da Associação Brasileira, que a gente precisava criar o Conselho Regional de Fisioterapia, antes disso Conselho Federal, que na verdade foram juntos.

Então, se reunia um grupo de pessoas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, no qual teve grande participação a Terapeuta Ocupacional Veridiana Arb; mais o pessoal do Rio Grande do Sul - Wladimiro, o Luiz Aldo, o Otávio; pessoal de Rio; pessoal de Belo Horizonte; pessoal da Bahia - Deise Dantas; pessoal de Pernambuco - Alberto Galvão de Moura, e o pessoal de São Paulo - Sônia Gusman, Sônia Manso, eu. E aí, nos estruturamos, e solicitamos para o Ministro do Trabalho, na época era o Arnaldo Pietro que realmente nós já éramos uma entidade de classe, nós já tínhamos um perfil profissional, já tínhamos um compromisso social, a gente já tinha uma política de educação, uma política de saúde, e que um Conselho Regional era significativo para a gente.

Aí foi uma autorização do Ministério, na minha gestão enquanto presidente da ABF, que foram instalados o Conselho Federal, três Conselhos Regionais, cada Conselho pegando uma região. Por exemplo, São Paulo pegava São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, acho que pegava Belo Horizonte. Os conselhos eram 1, 2 e 3 - um pegando norte e nordeste, outro o centro e outro o sul. Depois foram crescendo e hoje nos somos 10 ou 12 conselhos regionais.

Mas sempre o Conselho Nacional de Representantes esteve presente, sobre a égide da ABF. Então o presidente da ABF, convocava pelo menos uma vez por ano, o Conselho Nacional de Representantes, onde a gente se reunia em São Paulo, porque a sede da ABF, por forças estatutárias era em São Paulo, e aí se discutia sempre os currículos, e outros aspectos também, até a gente chegar a conclusão que os cursos precisariam ter 4 anos. Por quê? Porque se um ano são os fundamentos, o outro ano são os recursos, o outro ano as especialidades, porque a gente não discutia muito a fisio aplicada, bom... se é fisio só pode ser aplicada, né?, então Fisioterapia ortopédica, neurológica; a gente achava que tinha que ter uma discussão um pouquinho maior entre a explicação clínica e a atividade da Fisioterapia, para depois no outro ano fazer a prática profissional. E aí, chegamos a conclusão que os cursos deveriam ter 4 anos. Aí pressionamos, desculpe a palavra pressão, pressionar não no sentido de pressionar fisicamente mas pressionar, mostrando a necessidade, sensibilizar o poder público, de que realmente nós precisaríamos ter 4 anos. Aí os cursos passaram oficialmente a ter 4 anos.

V - Mas isso só em 83?

SM - Em 83. Então a gente percebe que essa Comissão Nacional de Representantes, Conselho Nacional de Representantes, ele teve um significado importante na elaboração desses primeiros currículos, na unificação desses currículos, e até na mudança desses currículos.

V - As pessoas que formavam este conselho tinham idéias muito divergentes, ou eram ou eram comuns as idéias? Todas concordavam ou tinham grupos que discordavam?

SM - Na realidade a gente, nós éramos um grupo pequeno de profissionais, então, existia uma certa amizade entre a gente, a gente se falava muito por telefone, por correspondência... então quando nós vínhamos para esta reunião, a pauta era entregue anteriormente, então, lógicas discussões sempre houveram porque este país e um país continente, ...

V - E, é normal que tenham mesmo.

SM - Então lógico, a gente tinha as preferências e também tinha a antipatias com relação as pessoas que traziam algum subsídio e aquelas que só queriam complicar. Porque toda decisão do ser humano, o homem é um ser político, todas as decisões são políticas, e que envolve elementos pessoais, na maneira de enxergar as coisas, e assim por diante.

Mas enquanto presidente da ABF, o que a gente queria é que a gente tivesse uma universalidade dessas idéias, que fossem idéias abrangentes, e depois sim, que tivesse as específicas e peculiares para cada região. Então, essas reuniões eram reuniões muito demoradas, muito cansativas, mas sempre batalhando para que elas fossem conclusivas porque a gente não podia ficar muito tempo reunidos, tinha um custo, ninguém subsidiava isso, e cada um precisava voltar pra seus lugares de origem, então a gente fazia isso numa Sexta, Sábado e Domingo; manhã, tarde e noite, e cada vez que uma escola nova surgia como a PUC de Campinas, é evidente que eu vou falar um pouco mais de São Paulo porque é o meu universo, então aí veio a PUC de Campinas, e a gente tentou influenciar a PUC, porque um fisiatra que havia feito o projeto pedagógico, o Dr. Martinez, que utiliza os alunos para fazer estágio na sua clínica, utilizava os alunos como mão de obra, então a ABF foi brigar com o Reitor, pedindo que se fosse um fisioterapeuta o coordenador; aí veio um fisioterapeuta, que foi o Fernando dos Santos Villar, a ser o coordenador; e aí sim, ele se utilizava das nossas reuniões, além de ser uma

pessoa brilhante, mas nas nossas reuniões do Conselho Nacional de Representantes para saber o que estava acontecendo, se sensibilizar com o que havia sido discutido, para ele formar uma opinião e elaborar o seu projeto.

V - Mas até então cada um podia fazer o seu projeto?

SM - Ah! Cada um...

V - Porque aquele currículo anterior, de 64, ele não determinava nada, só materiais comuns, matérias específicas, e aí até então cada um fazia como queria?

SM - Sim, havia as maiores arbitrariedades.

Então a grande discussão era, por exemplo, o que cada um estava fazendo no seu local de origem, na sua escola, na sua universidade, na sua faculdade, como era esse trabalho desenvolvido, e aquilo que a gente achava interessante a gente aplicava; quer dizer, não havia uma norma, não havia uma regra.

V - Esse currículo de 83, foi um currículo resolvido por vocês?

SM - Foi.

V - Não foi imposto por ninguém? Foi um resultado consensual grupo que participou?

SM - Sim foi, que procurou mostrar nisso, por vezes, a gente, o poder público ele determina as coisas, as coisas vem de cima para baixo, mas o poder público também é feito por pessoas, e nem sempre as pessoas dentro de uma pasta de Ministério todas têm o mesmo comportamento.

Então, nessa época o pessoal se sensibilizou - “olha o problema da Fisioterapia é com vocês, nós vamos criar normas, nós vamos determinar, baixar resoluções, criar leis, mas eu quero que vocês nos informem”. Por isso que eu disse que o Conselho Nacional de Representantes teve a sua importância. Evidente, que se cometeu erros, equívocos, mas naquele momento se tomou a melhor decisão para aquele momento. Mesmo porque a gente tinha uma formação deturpada das coisas, uma formação equivocada, que ... Por exemplo, eu me lembro das minhas aulas: chegava um ortopedista para dar aula de ortopedia: “__Bom eu não sei o que vocês precisam saber. Os cursos anões, não sei se vocês precisam saber isso. O que vocês querem saber?” Quer dizer, não havia um ementário, não havia um programa. Era tipo assim: “__Olha, tal dia você precisa dar uma aula de ortopedia para os alunos... olha vai lá, fala qualquer coisa.” Então, eles vinham e falavam qualquer coisa. E a gente tinha alguma dificuldade, às vezes para entender a juntar tudo isso. Como a gente tinha as coisas isoladas, a gente não conseguia juntar, por isso que eu gostaria de pedir desculpas para os meus primeiros pacientes, porque nós tínhamos uma visão equivocada da Fisioterapia.

V - Nesse momento que o Sr. falou desses 4 anos divididos entre básico, os recursos, a clínica e prática, em algum momento se pensou em fazer um currículo mais humanista, ou a idéia era a fazer um currículo mais tecnicista?

SM - Não, nunca se preocupou com um curso se pensando no ser humano, tanto é que nos viemos descobrir o ser humano há pouco tempo. Os cursos eram essencialmente tecnicistas, organicistas, mecanicistas, não tinha nenhuma formação humanista.

V - Mas, por que tanta técnica, por que essa preocupação tanto com a técnica?

SM - Porque até então, nós éramos apenas executadores, de uma receita que dizia o que eu tinha de fazer, como que eu tinha de fazer. Eu só executava, quer dizer, eu não participava do estudo de caso, eu não participava da avaliação, eu não participava do diagnóstico terapêutico, eu não participava de nada disso. Quer dizer, a visão que se tinha do profissional, por exemplo, médica, com quem sempre a gente esteve atrelado, com relação ao profissional de Fisioterapia, que nós éramos apenas executadores. E a gente estava convencido disso. Você passa o tempo todo, alguém dizendo que você só pode fazer isso, que a lei proíbe, que a lei não permite. Imagine que eu tinha uma clínica, aonde se chegava um paciente que não tinha indicação médica, eu não podia atender, e mais do que isso, ele tinha, que dizer o que era para mim fazer. Alguns punham até o tipo de treino de marcha, quantos..., a intensidade do equipamento, número de sessões, enfim...

V - Tinha toda a receita?

SM - Então era apenas o executor, então, quer dizer, não foi elaborado dentro da minha consciência que realmente o destinatário do meu trabalho era um ser humano.

V - Em que momento o senhor acredita que isso começou a mudar? Que começou a ter essa preocupação com uma formação mais...

SM - Eu costumo dizer que o fisioterapeuta tem sarampo na alma, e não tem sarampo no corpo. Nós somos inquietos, eu acho que isso foi a grande mola propulsora das mudanças e das transformações.

Dentro dessas reuniões, evidente, o que a gente trazia? A gente trazia a visão pessoal, já que não havia nenhuma documento para a gente discutir em cima disso. E os documentos que nos traziam, a gente não se satisfazia ou achava até ridículo. Então, foi muito mais questões pessoais, maneira de enxergar, então, eu sempre tive uma visão humanista, aonde o destinatário do trabalho do fisioterapeuta era o ser humano, Então, eu gostava dessa relação, o recurso, a técnica, não era o mais importante; a patologia, farmaco, não era o mais importante; o mais importante era o ser humano. E a gente pode observar que, por muitas vezes nessas discussões, aonde uma ou outra pessoa trazia essa formação humanista, tudo isso era muito discutido; o pessoal, “_ não isso é utopia.” Então aí, a gente teve muito mais brigas filosóficas, do que brigas propriamente com relações à organização das disciplinas, ementários, conteúdos; a gente não tinha, mas muito mais a filosofia.

Então, houveram muitas contribuições pessoais, de gente que tinha uma visão humanista e que achava que quanto melhor eu conhecer o ser humano, que é o grande destinatário, que é o instrumento do meu trabalho, vou usar expressões que eu costumava dizer: o marceneiro tem que entender de maneira, o serralheiro tem que entender do ferro, de alumínio; nós somos o único profissional que não entendemos nada sobre o ser humano. É evidente, todas as posições só não eram mais questionadas ou ridicularizadas por que a gente tinha uma história legal, havia um respeito por aquela pessoa. Como nós éramos muito poucos profissionais, então a gente se conhecia na essência. Então vai, “_ Se o Mingrone falou isso, vamos escutar porque ele não costuma falar besteira”. Então, as questões, as brigas eram muito mais filosóficas, se isso era ou não era importante. Mas a grande importância era sobre o método, sobre a técnica, sobre a recursos, sobre o aparelho.

V – Então, esse 2º ciclo do currículo de 83, ciclo de matérias de formação geral, foi onde surgiu introdução a saúde humana, metodologia de pesquisa, ciências de comportamento, foi justamente dentro dessas discussões?

SM- Foi dentro dessas discussões. Quer dizer, o nosso curriculum fala muito de técnica, fala muito de método, fala muito de recurso, mas não fala de destinatário do nosso trabalho.

V - Mas mesmo assim, apesar dele ter entrado, ele entrou com uma parcela mínima?

SM - Sim, só se anda mil metros se se der o primeiro passo. Toda proposta Valéria, toda proposta inicial de mudança, no 1º momento ela parece loucura.

V - Mas você não acha que até hoje os nossos currículos ainda consideram muito pouco essa formação geral?

SM - Sim, sim. Eu diria para você que no meu ponto de vista, para mim o problema não está no currículo, não está aqui. O problema está em quem está executando.

V - O problema é que existe o currículo oculto, que é este justamente que você pega esse documento e você faz o que você quiser dele dentro da sala de aula.

SM - Porque normalmente, você trabalha em educação, e sabe tanto quanto eu, uma coisa é o que está escrito no papel, no diário, e outra coisa é o que você falou. Uma coisa é o que você mostra pro MEC, outra coisa é que você faz.

V - Eu estou me baseando no documento escrito, no currículo oficial...

SM - Lógico, lógico...

V - Porque se pegarmos esse “oculto” é muito mais difícil, cada um tem o seu... Então eu estou tentando ainda estudar isso aqui, o que está no papel, porque isso aqui, de uma forma ou de outra foi o resultado de tudo isso, de discussões, de pensamentos...

SM - Sim, sim...

V - Essa metodologia da pesquisa, que surgiu aqui, surgiu com qual intenção?

SM- Chegou um certo momento que a gente entendeu, dentro dessas discussões, que a gente estava muito preso a essa técnica, a esse recurso, a esse método, e que na realidade isso atendia aos interesses de algumas pessoas, os vendedores de técnicas, os vendedores de métodos, assim por dia. E a gente entendeu que isso foi importantíssimo para transformação, foi importantíssimo...

V- A garantia da qualificação?

SM - A gente entendeu que a gente era um técnico, que até que os médicos não estavam tão errados. A gente não era um pensador. A gente estava se preparando para ser um físico-terapeuta, um reproduzidor de técnicas, de métodos, alguém que escolhia, que conhecia um arsenal, ia lá, escolhia, de acordo com o quê? _ O seu momento, mas sem uma profunda análise. Quer dizer, não estudava o ser humano, e aí sim, diante disso, montava um quebra-cabeça com as peças que ele me oferece.

Então, aí, chegamos à conclusão que a gente mais do que formar o fisioterapeuta a gente precisava formar pensadores da Fisioterapia. E para eu formar pensadores na Fisioterapia, eu tinha que introduzir algumas matérias. Aí se pensou na antropologia, na sociologia, na metodologia da pesquisa científica, porque quem não lê, mal ouve, mal fala, mal vê. Então a gente não sabia se organizar para isso. Quer dizer, quando falava que a gente precisava elaborar um diagnóstico fisioterapêutico, um prognóstico fisioterapêutico, era loucura!

Por isso que eu gosto do provão, do lado bom do provão: que as questões, muito embora sejam questões únicas, mas são questões que envolvem conceitos referentes ao ser humano, conceitos humanísticos, conceitos técnicos, conceitos de recursos, etc. Só que, vamos chamar o meu aluno, o produto com que eu trabalhava, eu não dava esse elemento para ele, porque ele só sabia resolver as coisas isoladamente. Apesar de nós sermos generalistas, ele só sabia responder uma questão da cardiologia dentro da disciplina de cardiologia, de pediatria dentro... quer dizer, se eu trouxesse para uma questão onde eu misturava todos esses conceitos..., tanto é que... o grande problema do provão, das notas ruins do provão, honestamente, não estão só porque os alunos não estão bem preparados, ou porque as escolas não oferecem condições, o problema não está aí não, o problema está que a pessoa não sabe responder, ela não sabe pensar.

Por isso que eu digo com toda segurança, alguém que tem experiência de 30 anos, etc..., eu não sei se no curso de Fisioterapia, na graduação, eu não sei se precisava ter Fisioterapia todos os anos, eu acho até que não. Mas tem uma disciplina que eu colocaria todos os anos, chamada Filosofia. Colocaria no 1º, 2º, 3º, no 4º até no 5º se fosse possível. A gente precisa pensar.

V - Eu penso muito na disposição das disciplinas. Porque por exemplo, mesmo tendo entrado a disciplina de metodologia, ciências do comportamento; elas estão no início do curso, então a minha impressão é a seguinte: o aluno no início, é até bombardeado por um monte de disciplinas humanistas: antropologia, sociologia,.. só que isso é esgotado no 1º ano. A partir daquilo ele só passa a ver técnica, então mesmo que ele tenha tido essa visão mais humanista, o que fica, o que marca o aluno, são as disciplinas técnicas, condizentes com isso que o senhor acabou de falar, que a filosofia deveria acompanhar o aluno em todo o curso.

E essa idéia de dividir tanto a Fisioterapia? Fisioterapia aplicada em neuro, gineco... tão subdividido? Isso surgiu como uma idéia do grupo ou foi seguindo alguns modelos de fora?

SM - Eu diria para você que é herança. Algumas coisas são herdadas; a cor dos seus olhos, a cor dos seus cabelo. Por mais que você queria se modificar, mas antes de você ter nascido... ou melhor, antes de ter sido concebido, os teus pais já decidiram quem você iria ser. Então, algumas coisa elas são herdadas, e aí já é cultural, né? Porque eu preciso responder, apesar de hoje as universidades terem autonomia, mas é uma autonomia...

V - Relativa.

SM - É..., autonomia para quê? Seu eu tenho quem me fiscaliza. E quem vêm me fiscalizar, me atribui uma nota. Então no fundo é toda essa hipocrisia refletida na educação, é uma hipocrisia nossa, é uma hipocrisia pessoal projetada na sociedade. Porque assim, quanto a nós professores, se o aluno não responder exatamente como a gente quer, principalmente se for teste, mesmo que não seja teste, mas se as palavras chaves numa questão expositivas ele não coloca, ele tira nota baixa, você não permite que ele crie.

Então, por isso que eu falo, primeiro de uma herança e segundo de um compromisso.

V - Mas esses fatos, o senhor não acha que colaboraram para isso que o senhor acabou de dizer em relação ao provão. Isso não faz com que o aluno fragmente muito o corpo humano, a medida que ele vê uma disciplina muito isoladamente da outra, na maioria das vezes não existe um momento de interação entre as disciplinas?

SM - Particularmente, por história, eu não acredito no poder público. Quando eu falo não acredito no poder público, não é não instituições, e sim nas pessoas, que estão nessas instituições. Ministério não existe. Instituição não existe, o que existe são pessoas que respondem por aquela instituição. Eu não acredito no poder público por causa do ser humano. Então, mas eu sinto que o provão nos obriga a rever tudo isso que você está colocando. Quer dizer, o ideal seria que a gente primeiro mudasse o currículo, para depois ter esse questionamento. E a gente está fazendo o processo inverso, mas é isso... nós brasileiros somos o avesso do avesso. Então, esse processo inverso hoje, que é essas questões de interdisciplinariedade que existe no provão, questões que relacionam as várias áreas do conhecimento, ela me obriga a rever tudo isso. Quer dizer como fazer isso, eu confesso para você que eu não saberia, eu gostaria de exercitar com outras pessoas ...

V - É a herança... que a gente não consegue enxergar de outra forma.

SM - E até como ministrar isso, em salas de aula, pra 80, 90, 100, 120 pessoas. Por isso que eu digo, que escola não é inútil, se ela fosse inútil tava bom. Escola é prejudicial, isso é de Karl Rogers.

Por que que ela é prejudicial? Porque recebe pessoas diferentes, formatiza, trata todo mundo tudo igual, e no fim tem de ser todo mundo igualzinho, mais ou menos idiotas. A gente acaba matando a criatividade, matando tudo isso. Mas, eu acho interessante, as próprias definições são as incoerências.

Quando eu falo sociedade, vamos falar especificamente da nossa sociedade, que é a comunidade terapêutica, a comunidade acadêmica, e a instituição que verifica tudo isso, que é as comissões de especialistas do MEC, e assim por diante. Da mesma maneira que na Fisioterapia, eu preciso ter um profissional generalista, porque isso está dentro do legislação, a formação do fisioterapeuta é generalista, eu tenho por contra-partida, a sociedade que me cobra um especialista. Quer dizer, se o cara vai trabalhar numa UTI, se não tiver especialização... sabe?

V - É uma incoerência, em um momento se cobra uma coisa e depois quer outra...

SM - E aí eu vou ter dentro de um hospital, por exemplo, um grupo de fisioterapia motora e outro grupo fisioterapia respiratória. Na prática é isso que acontece, quer dizer, alguém passa na enfermaria fisioterapia respiratória, só faz fisioterapia respiratória. Aí vem outro grupo e faz fisioterapia motora. Então, eu acho super interessante discutir tudo isso, eu acho super interessante. Mas o problema não está aqui. O problema está no final da linha...

V - É o que nós estamos vivendo hoje, que é reflexo desse passado...

SM - Então, eu acho que o problema muito mais sério hoje, mais importante do que os currículos, mas importante do que tudo isso, são as pessoas envolvidas no MEC, na comunidade acadêmica e no comunidade terapêutica.

V - Um problema que a gente vive neste aspecto é a explosão de cursos. Nós estamos tendo ... quando vocês eram 5 ou 6 era fácil pra discutir, agora hoje em dia nos somos em quantas instituição de ensino?

SM - Hoje nós devemos ter, só de alunos no Brasil, de alunos, eu estou vindo do Conselho Regional agora, e só alunos no Brasil, nós devemos ser quase 100 mil alunos de Fisioterapia. Só em São Paulo nós temos hoje 30 mil alunos.

V - E quem decide o que estes alunos devem ter? É uma comissão de especialistas do MEC? O senhor poderia dizer isso? Essa nova comissão que está elaborando a nova proposta. O senhor acha que esta comissão está representando a classe, ou ela está sendo um pouco arbitrária?

SM - Olha, mais uma vez eu vou dizer, eu conheço algumas pessoas da comissão, e posso entender o entendimento da comissão. Não conheço todas as pessoas, mas as pessoas que eu conheço, eu tenho o maior respeito por elas, são pessoas extremamente bem intencionadas; são pessoas que vivem a vida acadêmica; e que têm, e têm uma abertura, sabe. Eu tive há 2 anos atrás no último Congresso Brasileiro, eu estive, e teve uma fisioterapeuta do Rio Grande do Sul, Santa Maria, da Comissão de Especialistas, era a presidente na época, e a gente teve algumas reuniões, pessoa extremamente sensível, a Nara, se fosse coisa ruim eu não falaria o nome, mas é uma coisa boa; sabe, além de ser sensível, inteligente, etc, super bem intencionada. Mas do que isso, ela abriu tudo isso: “- olha, nós estamos dentro de um processo, então me ajudem.”

V - Em nenhum momento elas estão querendo fazer uma coisa...

SM - Hermética, fechada. Só que o nosso país é um país continente, onde os canais de comunicação entre as pessoas, não é que eles são difíceis, eles são impossíveis. Quer dizer, eu não tenho acesso no dia a dia. E então, a gente vai indo, por isso que eu digo dessa hipocrisia. A gente vai indo, e a gente não é nenhuma mudanças, não é? O que eu acho, que o que pode ocorrer algumas mudanças, aí é que é importante esse currículo oculto, algumas mudanças de ordem pessoal. Eu não acredito em uma mudança global, uma mudança... mas eu acredito em mudanças pessoais. Você enquanto professor, você enquanto diretor, coordenador de curso, chefe de departamento.

V - Pode mudar a sua realidade?

SM - E aí veja também mais uma coisa totalmente ilógica: da mesma maneira que o MEC procura alguém qualificado, com mestrado e doutorado, mas isso não significa uma boa aula, e desprezam pessoas mais antigas...

V - Uma experiência toda de vida...

SM - E por exemplo, eu vou falar de mim especificamente. Entre eu fazer mestrado e fazer homeopatia, eu preferi fazer homeopatia. E trouxe os conceitos da homeopatia para a Fisioterapia.

Por isso que a gente tenta se humanizar um pouquinho, tem que tratar a saúde e não tratar a doença. Entre fazer mestrado, eu preferi fazer psicossomática, 2 anos, psicossomática, para ver que corpo e mente são

inseparáveis, e que na realidade, nós fisioterapeutas nunca pensamos nisso, nós não tratamos paciente nenhum, nós tratamos nem metade de um paciente, nós somos, apenas subtraímos sintomas.

V - Tratamos o corpo isolado...

SM - Subtraímos sintomas. Se corpo e mente são aspectos diferentes da mesma coisa, mas só que tudo isso eu trouxe pra Fisioterapia.

Então, fui fazer administração, em vez de fazer mestrado, já que o nosso trabalho sempre será administrativo.

V - Sim, você sempre tem que estar administrando...

Sm - É que nem enfermeiro, não é só trabalho técnico, tem que fazer, cuidar do material, organizar plantões, as fichas, etc. horário, grade. Então..., só que isso não tem valor para o MEC.

Aí eu posso ter alguém que saiu da graduação, não importa onde, fez 2, 3, 4 anos de mestrado e doutorado, vem pra uma sala de aula, ele está qualificado. Não tem sentimento nenhum da Fisioterapia, não é um pensador da fisioterapia.

V - Não viveu a Fisioterapia...

SM - Não viveu a Fisioterapia.

V - Professor, aqui ainda nesse currículo de 83, esta disciplina de fisioterapia aplicada às condições sanitárias que é fisioterapia preventiva.

Porque até então a fisioterapia era muito ligada à reabilitação, como surgiu essa preocupação de colocar essa fisioterapia preventiva.

SM - Nós viemos sempre da prática para a teoria, quer dizer, a profissão nasce da execução, a profissão nasce da prática. Então, os cursos lá trás, eles eram pensados da seguinte maneira: os médicos chamavam uma enfermeira e após conversas montavam um curso de Fisioterapia. O que tinha esse curso: ele precisa saber o que é ultra-som, como liga o ultra-som, como desliga o ultra-som, etc. Ele precisa ver o que é um ondas curtas, o que é o Forno de Bier, etc, assim por diante.

Então tá bom, legal. Alguém vem e fala: “- e os casos de encefalopatia, e as neuropatias, etc: eles precisam a de habilidades, as lesões, as grandes lesões ortopédicas, neurológicas, precisam ser reabilitadas. Então, a fisioterapia era sinônimo de reabilitação. Só que, a prática me fez refletir que eu não era só um profissional de reabilitação. A prática me fez mostrar que eu também atuava sobre a recuperação momentânea, sobre o tratamento... sempre suprimento os sintomas. Nunca deixei de ser um supressor de sintomas. Legal. Por isso que eu digo que a fisioterapeuta tem sarampo na alma, não é no corpo. Ainda bem.

A gente sempre inquieto, começou a entender que... aí vem os conceitos pessoais, de alguém que foi fazer homeopatia, que vamos tratar saúde. Saúde e doença são sinônimos antagônicos que se sobrem, se eu tinha saúde não tenho doença. Então reabilitação nós já sabemos fazer? Já. O tratamento nós já sabemos fazer? Já. É agora se a gente for montar programas para a comunidade, se a gente for montar programas preventivos. Prevenir é melhor do que curar, é melhor do que tratar. Prevenir é melhor do que... Então, em cima desses slogans, em função da nossa inquietação... O que eu quero falar com isso Valéria é o seguinte, na elaboração, disso tudo houve muito pouca ciência, o que houve foi um tremendo empirismo. Quer dizer, pegar a realidade e trazer num documento. Por isso, que algumas pessoas da Fisioterapia, elas são muito importantes. Que não faz mal que as pessoas não venham a conhecer quer dizer, seus alunos jamais conhecerão. Mas têm um valor histórico...

V - Eu acho isso importantíssimo... apesar de talvez agora eles não tenham essa preocupação...

SM - Mas isso para o ser humano não é importante. É importante para você, para outra pessoa, mas para um grande bloco... não faz parte de uma consciência social, tudo isso. O ser humano é um imediatista...

V - É ele quer o que resolve o problema dele ...

SM - Quer saber, “__ A hora que me formar o que eu vou fazer? O que dá mais dinheiro?”. É assim que ele funciona; quer dizer, é uma pena que não seja de outra maneira, porque seria mais fácil entender a Fisioterapia.

Bom, em função dessa necessidade, dessa inquietação; eu digo que a comunidade médica sempre acreditou na fisioterapia, ela não gosta do fisioterapeuta. Ela tem restrições ao fisioterapeuta, por questões pessoais, seja o que for, mas a Fisioterapia não, porque seria, uma tolice desconhecer a importância da Fisioterapia. Só o médico que não gosta do seu paciente, que não quer o melhor pro seu paciente. Então ou o ignorante, que ignora que a Fisioterapia é importante; ou o maldoso, que realmente não quer dar oportunidade.

Legal. Então a gente, quando eu falo a gente é um grupo pequeno de pessoas, baseado muito mais por uma formação pessoal, inquietação pessoal, do que alguma científica, a gente estava muito mais preocupado com a prática, do que realmente por isso no papel.

Aí a gente entendeu que esses programas terapêuticos..., e aí começou a vir esses slogans: “ __ pô legal, a próxima definição de fisioterapia, fisioterapia em saúde pública, política, preventiva e social”.

Então, como a fisioterapia já foi sinônimo de massagem *for mem*, depois de reabilitação, depois de reabilitação e tratamento, depois de prevenção, tratamento, cura e reabilitação. As prevenções, elas eram muito mais individualizadas, problemas pessoais, do que comunitárias. Não, se pensou em programas. Aí vinham, é importante você saber disso, aí vinham as limitações; quer dizer, eu venho de uma cultura onde eu não podia pensar, onde eu não tinha liberdade de execução. Se eu não posso executar, quer dizer, eu vou permitir que o meu inconsciente nem elabore algumas questões, senão eu vou sofrer, eu vou sofrer o tempo todo.

Então na hora que eu senti que eu podia ser livre ..., então isso eu procuro passar para o meu aluno, para que ele não ter os traumas que eu tive. Então o meu aluno, com certeza, ele é mais livre do que eu sou. Era proibido prescrever, era proibido executar alguma coisa diferente, era proibido pensar, era proibido tudo isso. Quer dizer que tinha lei que não podia, fechava a minha clínica; as clínicas, se não tivessem médicos, elas não eram autorizadas.

Loucura, né?... Então, o que a gente tem que entender dentro do processo é toda essa herança cultural.

V - O que o senhor acha da época do regime militar, com as políticas de saúde, educação. O senhor acha que eles influenciaram esse nosso curso? Já que a maioria desses documentos foram assinados nesse período.

SM - Veja bem, coincidência, porque eles estavam lá na época. A Fisioterapia nasceu para ser livre, e seria de qualquer maneira, com ou sem os governos militares.

V - Eles ajudaram, prejudicaram ou não interferiam?

SM - Coincidentemente tudo aconteceu, porque eles eram governo, 21 anos eles governaram. Mas, não vejo uma relação nem de ajuda, nem de prejuízo. O pessoal militar também é gente, também é pessoa, tem os mesmos preconceitos, os mesmos egoísmos, e assim por diante. Então, não vejo, nem vantagem, nem desvantagem. Por coincidência quem assinou a lei foi no governo deles, isso foi alguma coisa que eles tinham que fazer.

V - Nesses cursos, quando o senhor já começou a dar aula, como docente, qual que era o objetivo na formação desse aluno? Que profissional se queria formar? Que tipo de profissional se tinha por ideal?

SM - Primeiro lugar, o tipo de profissional que se procurava formar era para atender às necessidades do mercado. O mercado precisava de alguém para fazer aquilo. Porque antes eles pegavam uma enfermeira, treinava e tal, etc; então precisavam de alguém para fazer isso, foi necessidade de mercado. O perfil era esse, o mercado precisa... de que jeito ele está sendo formado, e tal, etc., quem é essa pessoa, o grau de conhecimento deles, como ele se formou, onde ele se formou, isso não era nem um pouquinho importante.

V - Esse mercado exigia mais o que? Profissional para trabalhar com ortopedia, neurologia...?

SM - Nós temos dois tipos de mercado, um mercado onde havia uma necessidade legal do fisioterapeuta, por exemplo, havia a chamada carteira do acidente de trabalho - CAT, que era um filão muito bom para os hospitais, para os médicos. Um furo no bolso de Previdência muito grande. Então nós tínhamos posto de serviços de CAT, que era o paciente que teve problema na empresa, na locomoção; se ele sofreu um acidente entre o casa dele e a empresa, ficava caracterizado como acidente de trabalho. Então ele ia pra um hospital credenciado, e lá ele fazia todo o tratamento, cirúrgico, clínico; e depois por questões financeiras, ele sempre era encaminhado para fisioterapia. Não por que se acreditava na fisioterapia, eu sei porque eu trabalhei muitos anos na CAT; é porque isso trazia renda para o dono do serviço, que normalmente era um médico, nunca era o fisioterapeuta, e o dono do hospital, grupo, etc. E na fisioterapia: ondas curtas, forno de Bier, massagem, exercício; quanto mais procedimentos você fazia, maior era o faturamento. Custo barato no hospital...

Então nos temos 2 tipos de mercado: um mercado onde havia uma exigência legal, ...

V - Nesse caso tinha que ter o fisioterapeuta nesse lugar por causa da Lei de 69?

SM - Tinha que ter; eu tinha que assinar diariamente o tratamento do meu paciente, senão o hospital não recebia. Então eles me contrataram para assinar a ficha.

V - Mas isso pelo decreto de 69? Por que que tinha de ser o fisioterapeuta e não podia ser o fisiatra?

SM - Tinha que ser o fisioterapeuta.

V - Então era pela lei...

SM - Sim. Depois mais tarde os fisiatras brigaram e também podia ser eles, mas teve um momento que só podíamos ser nós.

Então, aí sim, eu avaliava o paciente; então por exemplo, o ortopedista mandava à fisioterapia, eu avaliava, prescrevia aquilo que o hospital ganhava mais dinheiro. Se parafina era só 2 unidades de serviço e ondas curtas ser a 3, eu prescrevia ondas curtas; se fosse prescrito parafina, ele me chamaria, chamaria a atenção, e assim por diante... e mais uma vez dependia das coisas pessoais. Então, eu era uma pessoa que brigava, para que minha consciência ficasse tranqüila, mas que não era comissionado, nem nada; aí você dava alta, porque o paciente já tinha condições, mas ele voltava, porque aí o coordenador do INPS também ganhava porcentagem do hospital, e todas essas... Mas isso abriu um trabalho significativo para nós, mas era um trabalho que não dava prazer, mas esse era um mercado de trabalho.

O outro mercado de trabalho era basicamente a reabilitação; então o SESI, os hospitais de reabilitação, os hospitais de retaguarda, as enfermarias; e depois, as clínicas médicas, que queriam aumentar sua receita começaram no fundo da casa, no quintal, montar as fisioterapias, onde tinha ou um leigo fazendo, a maioria era leigo, e tinha um fisioterapeuta fazendo.

V- Que assinava na verdade?

SM- É ...

V- Por que tinha que ter o fisioterapeuta?

SM – Não, não, nessas clínicas particulares não.

V_ Ah é, particular não...

SM- Aí podia dar comissão... Daí, esse era o grande mercado. Depois, mais tarde, o grande mercado foi eu montar meu próprio negócio. Quer dizer, se eu podia ser Tudo isso partiu sempre de coisas pessoais. “Se eu posso ser empregado do médico, da assistente social, da enfermeira que tinha clínica de fisioterapia; então, porque eu não vou ter a minha própria clínica? Por isso que eu fui fazer administração, para mostrar pro pessoal que eu podia ter uma clínica...

V - Seu próprio negócio.

SM - Meu próprio negócio, que eu tinha de ser meu próprio empresário, que eu não precisava ficar a reboque de ninguém. Posso até me compor com alguns profissionais mas não dependente.

V - E como era o aluno que entrava na faculdade? Ele era um aluno que entrava sabendo o que era fisioterapia, ou a maioria... como era esse aluno?

SM - Eu vou responder com uma pergunta: como que eram os profissionais, eles não sabem o que fisioterapia? Ou têm uma vaga idéia, imagine como o aluno era. A maioria dos alunos era aqueles que tentaram medicina, odontologia e não entraram. Era a maioria dos alunos, ninguém sabia o que era fisioterapia. Um ou outro sabia, disse que tinha sido submetido a tratamento, mas a visão era essencialmente ortopédica e neurológica, só!

V - E seu eu disser que a maioria até hoje tem essa visão?

SM - Até hoje... pode ser ainda o carro chefe do fisioterapia, mas não é só isso.

V - É mas a maioria ainda chega com essa visão.

SM - Então, em 1971, 72, quando falava: “ - alguém vai trabalhar com GO”, eu achava bonito, mas nem imaginava o que ia ser feito.

Bom, então o mercado de trabalho era esse.

Um dia, isso já era na década de 80, se pensa em fazer fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva, que estão sendo construídas, montadas, dentro dos hospitais. Então essa visão generalista, não permitia à gente fazer um bom atendimento. Por isso que eu tenho dentro do meu currículo, fisioterapia em terapia intensiva. Eu fui uma das primeiras pessoas a trabalhar em UTI e me sentia ridículo. Porque não sabia nada dos equipamentos que estavam lá, o que os outros faziam; quer dizer, o que sempre norteou a nossa profissão, quer dizer sempre não, durante muito tempo, foi a ignorância, foi a falta de conhecimento, nós éramos limitadíssimos.

V - Acho eu foi por isso que os currículos enfatizavam tanto o técnico.

SM - Até que a fisioterapia em terapia intensiva nos obrigou a estudar, tanto é que, quem trouxe cientificidade para nossa profissão foi a fisioterapia respiratória. Quem trouxe *status* foi o RPG, mas quem trouxe cientificidade, foram os primeiros a estudar. Porque para fazer fisioterapia em ortopedia, neurologia, ... certo.

V - Era muito mais fácil: agora entrar numa UTI...

SM - Ah! Você conversar com um médico intensivista, você conversar com uma enfermeira que trabalha numa UTI, você saber o procedimento... porque é muito próximo, de saber o que que o cara tá fazendo; nós éramos ridículos, nós fomos ridículos...

V - Ainda bem que estamos num outro caminho agora...

SM - Sim.

V - Professor, e havia no curso, diferenças entre as disciplinas, em relação a status, existiam aquelas disciplinas que tinham mais status?

SM - Eu diria para você seguramente. Seguramente, os primeiros profissionais sentiam vergonha. Fora das nossas reuniões, fora das salas de aula, nós confessávamos entre nós: - “nós temos vergonha de sermos fisioterapeuta”. Você me desculpe a minha sinceridade; é minha característica, ... nós tínhamos vergonha.

V - Eu acho que é por isso que mudou...

SM - Nós tínhamos vergonha...

V - Talvez, se vocês não tivessem sentido e tido essa sensação não tivessem ido atrás das outras coisas...

SM - A gente tinha vergonha, a gente morria de vergonha das aulas, de como a gente era tratado, da nossa relação com as outras pessoas.

O bom é que muito gente acreditou, ficou insatisfeito e mudou. “Eu quero ser bem tratado, então para eu ser bem tratado tenho que estudar”. Ninguém nos ensinava nada. Nas aulas nós éramos tratados como limítrofes, que não podiam ser educados, deveriam ser treinados. Nosso QI era apenas para ser treinado.

V - Será que isso tem haver com o que o senhor falou de que a maioria das pessoas que ingressavam eram as que não conseguiam entrar em outro curso. Então você não conseguia entrar em outro curso, você entrava para a Fisioterapia, então você já era limitado.

SM - Sim, sim. Não havia vocação. Nós não somos vocacionados. Eu me confesso um deles. Eu entrei na fisioterapia sem saber o que era fisioterapia, e sai do fisioterapia sem saber o que era fisioterapia.

Bom, mas se é disso que eu vou viver, vou procurar fazer bem. Não digo melhor do que os outros, porque essa comparação é relativa. Agora, se fulano está ganhando dinheiro com a fisioterapia, se amante de médico ganha dinheiro com a fisioterapia, se assistente social... estou falando de fatos, eu trabalhei em clínica que a dona era amante do médico, assistente social, fisiatra, atendia 1400 pacientes por dia, 1400 por dia; se ele pode atender, eu vou atender.

Então eu fui um dos primeiros a montar clínica, pela audácia, sabe. Eu recebia as pessoas, ninguém acreditava então, se hoje eu tenho algum respeito dentro da classe, eu tenho certeza absoluta que não é pela minha capacidade, meu conhecimento, mas sim, pelo valor histórico.

V - Mas até hoje você se considera assim? Não acha que isso foi só um momento e que hoje é pela competência do senhor?

SM - Competência não, mas como tinha muita gente boa já em ortopedia; tinha gente muito boa em neurologia; tinha muita gente boa, o Carlos Azevedo na fisio respiratória; eu fui para o lado humanista. Que contribuição que eu posso dar? Na ortopedia eu vou brigar com o meu colega? Que já sabe mais do que eu. Quanto anos eu vou levar para saber o que ele sabe, ele já está contribuindo, neurologia,... O que ninguém tá fazendo? O que ninguém está fazendo? Estudando a ser humano. Então uso slogans, que caracterizam bem a nossa profissão: “Somos os terapeutas da vida - da vida humana, da vida animal, e da vida da empresa”.

V - Eu li na internet esta definição do senhor, que tem muito haver com esse trabalho. Eu gostaria de saber, independente deste trabalho aqui, quando o senhor fala da vida animal, da onde o senhor...

SM - Do animal. Do cavalo, do cachorro.

V - Porque o senhor acha que nós somos isso?

SM - Porque eu faço terapia em cavalo. Não utilizando o cavalo como recurso terapêutico.

V - Não, eu entendi, eu entendi.

SM - Faço terapia no cachorro...

V - Mas foi a 1ª pessoa que eu vi falar dessa forma, porque a gente fala da fisioterapia no ser humano, não é? Foi a primeira vez que vi, e aquilo me encucou...

SM - Fantástica a fisioterapia, né?

V - Mas foi uma coisa que surgiu da sua vivência? Esta definição, essa...

SM - Sim, tanto é que hoje nós temos vários profissionais que trabalham no jôquei clube, em Pet shop...

V - Mas ainda muito pouco? E nada garante isso legalmente?

SM - Eu gosto de brigar...

V - Então nós estamos primeiro fazendo o fato, para depois fazer a lei?

SM - Isso, isso. Nós fomos o avesso do avesso. Foi essa a nossa história. Por que que vou mudar a histórica?

V - Vai continuar sendo...

SM - A nossa seqüência é essa,...

V - O senhor acredita que este possa ser um novo campo para a fisioterapia?

SM - Sem dúvida.

Eu já tive uma briga como Conselho Regional de Medicina Veterinária. Eu sou oficial de cavalaria, então eu sou a típica pessoa que deseja a paz, mas não teme a guerra. Eles fazem fisioterapia em animal, e nós começamos fazer. Aí houve uma discussão: quem faz, é o fisioterapeuta ou é o médico veterinário? Bom, mas vocês não sabem nada de anatomia animal, fisiologia de animal? Não! Eles saberem de fisioterapia, a bem da verdade, não é impossível. Você compra um ondas curtas, está discriminado como se faz.

Se lá trás, naquela formação tecnicista, mecanicista organicista, eu podia executar, por que o médico veterinário não pode?

Por isso que profissão deve ser mais do que isso, senão qualquer um podia fazer o que nós fazemos. A gente não precisa de uma titulação. Por isso que auxiliar de fisioterapia, amante do médico... por isso que todo esse pessoal consegue fazer, porque é só treinar. Nós não éramos educados, formados... nós éramos treinados.

Mas a lei nos garante que quando tiver com aparelho de fisioterapia, só o fisioterapeuta pode atuar.

V - Ainda bem... tem o lado bom da lei.

SM - Então, vamos fazer o seguinte, vamos trabalhar junto, discutir. Você me ensina anatomia; quer dizer, eu não vou ser um médico veterinário.

A gente tem uma colega que faz, ela foi perseguida pelo Conselho Regional de Medicina Veterinária... Mas eu também já fui perseguido lá trás, eu também entrei numa UTI e disse: - "pô, o que eu vou fazer aqui?" Ah, então não é daqui, então eu vou me preparar... Bom, como eu não gosto, eu permito que outras pessoas se preparem; bom, eu vou sair de UTI, e vai alguém mais competente do que eu, preparado.

Então, é um mercado de trabalho, como administrador, quer dizer, eu sempre procurei trazer tudo para a fisioterapia.

Você me desculpa falar de eu, não é no sentido de vaidade, eu estou falando eu no sentido histórico.

Então, quando eu fiz minha monografia de homeopatia eu coloquei: a importância da homeopatia para a Fisioterapia. Aí eu fui chamado, no curso de homeopatia, " - você está roubando conceitos da homeopatia..." eu disse, " por isso que eu estou aqui, por isso que eu pago mensalidade... eu nunca serei um homeopata, eu quero trazer isso para fisioterapia". "Bom nós agora queremos o contrário, sabe o que nós deixamos, você fazer? Agora nós queremos, o que a fisioterapia pode colaborar com a homeopatia."

Eu fiz 2 monografias: uma guardei pra mim, que eu uso; e a outra eu entreguei para ter a certificado.

Quando eu fui fazer administração, foi para mostrar para as pessoas; porque a maioria montava clínica e fechava, porque não sabia fazer um convênio, um faturamento, não sabia fazer um marketing, não sabia administrar. E eu queria que o meu colega fosse vitorioso.

Aí, contudo, a gente foi percebendo que a nossa história, a gente cresceu muito. Um dia eu encontrei o Ruy em Brasília, que é o presidente do Conselho Federal, a aí a gente se abraçou... " - Pô, a gente se reunia nos porões, ... pô Sérgio, quantas vezes eu dormi na sua casa". Quantas vezes eu fazia o café da minha casa porque a gente não tinha dinheiro, pô?! Eu fazia as reuniões na minha clínica, usando a minha secretária, meus papéis. A gente não tinha dinheiro. Algumas pessoas dormiam na clínica, no sofá, e assim por diante. A só tinha o dinheiro certinho da passagem.

Dessas coisas, né?! Sabe Valéria, bateram muito na gente. Sabe como é bolo? Quanto mais bate mais cresce. E assim tem sido.

Então, hoje, no que eu sou importante para Fisioterapia, me considero importante, isso da sentido para minha vida... é abrir campo de trabalho. Então fui fundador da Associação Nacional de Fisioterapia do Trabalho, então hoje nós temos associação, procuro proteger o mercado; então, a fisioterapia na empresa, hoje o pessoal tá ganhando bem. Hoje se sabe que cada real investido na fisioterapia dentro da empresa, cada real, tem seis reais

de retorno. Todos os meus alunos que fazem estágio em fisioterapia no trabalho recebem uma remuneração em torno de 800 reais por mês. Pode ser que esse salário em Goiânia, muitos fisioterapeutas nem ganham isso..

V - Não consegue ganhar...

SM - Meus alunos, alunos do 5º ano. Aqui são 5 anos. Um fui o 1º a montar cursos de 5 anos, aí montei uns 3 ou 4 de 5 anos, só que agora o pessoal está revendo, fazendo de 4 anos já que sofreu prejuízo, já que outras pessoas não seguiram; então o mercado é cruel. Por isso que é preciso rever. Não adianta eu só ter uma proposta, não adianta eu só ter um ideal.

Então fisioterapia em medicina veterinária é um realidade, é para brigar, tem que brigar, temos que nos preparar os resultados são excelentes. Toda vez que eu posso, eu levo essas duas fisioterapeutas, são 2 irmãs, para mostrar o trabalho delas, incentivar outras pessoas.

V - Vamos levar pra Goiânia. Numa próxima oportunidade quem sabe, é uma coisa interessante. La em Goiânia tem muito gado, é uma região de criação.

SM - Você sabe onde está o sucesso da Fisioterapia hoje? Porque você percebe que o núcleo da fisioterapia não é ortopedia e neurologia. Em volta deste núcleo eu tenho a fisio respiratória, GO, fisioterapia na empresa,... uma série de coisas. Só que isso também, pelo nosso universo de 100 mil alunos no Brasil, já lotou né?! Agora eu preciso começar a invadir áreas.

V - Sim, é o que o senhor está falando. A medicina veterinária seria uma delas.

SM - Então, este *borderline*...

V - Porque senão, nós vamos chegar num momento, nós não vamos ter mercado de trabalho para os nossos alunos. Por mais que a população tenha necessidade, aumente, o risco é grande.

Bom professor, o que eu gostaria de estar conversando com o senhor era isso. Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar, sobre o que a gente conversou inicialmente, o que eu não falei, que o senhor acha que poderia me ajudar?

SM- Eu tenho a impressão que eu aproveitava as perguntas e já ia falando. Mas se...

V - Essa entidade que vocês se reuniam pra definir os currículos, como é mesmo o nome?

SM - Conselho Nacional de Representantes

V - Tem alguma documento?

SM - Tem, dentro do ABF havia um departamento, não foi criado por mim, quando eu cheguei na ABF já existia, apenas eu dei agilidade, eu fiz funcionar, porque eu achava que naquele momento, mais importante do que termos o Conselho Regional era ter esse Conselho Nacional Forte, que teria uma participação super importante.

V - Seria muito interessante se eu conseguisse esses documentos, seria muito importante. Vou tentar contatar o Zenildo que é presidente.

Bom professor, muito obrigada por essa oportunidade.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

SÉRGIO MINGRONE

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

() Fisioterapia – 2 anos

(X) Fisioterapia – 3 anos

() Fisioterapia – 4 anos

Local U.S.P.

Ano de conclusão: 1970

() Outros Cursos – Quais? _____

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?

(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

A QUE MAIS COLABORARAM FORMAR A CRIE CURRÍCULO
FORA DA GRADUAÇÃO. NÃO DESTACAR
NINGUMA DISCIPLINA

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua
formação? Cite algumas razões.

PROF. DANIL E PROF. GUSTAVO, PEL VALOR
DE SUA PESSOA. A ÚNICA COISA QUE
"FICA" PARA O ALUNO, É O EXEMPLO, SOMENTE
A ISSO OS VALORES PESSOAIS DO PROFESSOR E A
CAPACIDADE QUE ELE TEM DE INQUIETAR O
ALUNO E MOSTRAR O CAMINHO.

NÃO ACREDITO APENAS EM PROJETOS CURRÍCULOS,
REGIMENTOS, A PESSOA É O MAIS IMPORTANTE, O PENSAMENTO E A FORMAÇÃO.

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

DANILO VICENTE DE AINE

5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

(1^o) Inglaterra

(4^o) Estados Unidos

(2^o) Alemanha

(3^o) França

() outras ARGENTINA (FISIO RESPIRATORIA)

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

(2^o) acidentados

(3^o) doenças congênitas

(4^o) Pré ou pós operatórios

(1^o) outras NEUROPATIAS

7- O curso realizado valorizava mais a:

prática teoria () ambas

Por quê? (1) APRENDER FAZENDO

(2^o) OS PROFESSORES NÃO SABIAM O QUE ERA IMPORTANTE PARA A FISIOTERAPIA, E, PRIORIZAVAM A COLEÇÃO DO QUE ERA INDICADO

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

sim. Quais? HOMEOPATIA / ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR / PSICOSSOMÁTICA

Localidade S.P.A.U. METODOLOGIA DO CURSO SUPERIOR

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: LAR ESCOLA SÃO FRANCISCO

Ano: 1969 - 1970 - 1971

Área: ORTOPEDIA (RECUPERAÇÃO DE FRATURAS)
ORÇAMENTO / SERVIÇO DE P.I.

NEUROLOGIA / PC.
HEMIPLEGIA

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

EXCELENTE, PRIMEIRO QUE É MEU MODO
DE AGIR, NAS RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS, SEGUNDO,
É A MELHOR OPÇÃO

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

É UM PROCESSO, JÁ FOI MUITO
RUIM - - - - HOJE, ESTÁ BOM.
AS MUDANÇAS OCORREM, PRINCIPALMENTE,
POR ESTARMOS MELHOR PREPARADOS

É PRECISO SEPARAR! FISIOTERAPIA (SERVIÇO)

FISIOTERAPIA (PROFISSIONAL). OS SENTIMENTOS

13- Participa de entidades profissionais?

() não

sim - Quais?

SEMPRE FORM DIFERENTES,
VALORIZANDO, EM FUNÇÃO DA
NECESSIDADE: A FISIOTERAPIA

ANAFIT - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FISIOTERAPIA DO
TRABALHO
NUFIP - NÚCLEO DE FISIOTERAPIA PSICOMOTRIZ
CREATO 3 - SUPLENTE - CONSULTOR

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

(1.º) ABEF

(2.º) ASSOCIAÇÃO REGIONAL (APF - PAULISTA, AFERTJ - R. DE JANGUÁ; ABISA - Bahia; PERNAMBUCO; RS, etc.)

15- Como foram organizadas? (3.º) COFFITO - CREFITO

EM FUNÇÃO DA NECESSIDADE (4.º) SINDICATO

POR 2 (DOIS) TIPOS DE (5.º) FEDERAÇÕES

PESSOAS: OS IDEALISTAS E AQUELES QUE QUERIAM CAMARAS E FAZEM ATÉ HOJE DAS ENTIDADES, SEM MGIO DE VIDA.

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

"LUTAR"

- DIVULGAÇÃO DA PROFISSÃO

- DIVULGAR AS ATIVIDADES

- RECONHECIMENTO SOCIAL / STATUS

- EXISTÊNCIA EM SERVIÇOS PÚBLICOS

- SALÁRIO

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

DESTACAM-SE: PERNAMBUCO / BAHIA / MINAS GERAIS / RIO DE JANEIRO / SÃO PAULO / RIO GRANDE DO SUL, ERAMOS POUCOS, COM TODAS QUESTÕES POLÍTICAS, INTERESSES, VARIADOS (COISAS HUMANAS)

QUEREMOS SAIR DO ANONIMATO
QUESTIONAR AS INDEFERÊNCIAS
MOSTRAR TRABALHO
SER ÚTIL
SER ACEITO

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

() sim - Quais?

(X) não → POR ALGUNS POLÍTICOS, COM INTERESSE ELEITORAL

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavorávelmente à organização da categoria profissional?

OS PARTIDOS, SÃO COMPOSTOS POR PESSOAS, CADA UMA CONFORME O MOMENTO E INTERESSES. DISO COM TODA A DISCRIMINAÇÃO: NÃO DEVERIA TER UM MEMBRO, QUE NOS PARTIDOS GOSTEM MUITO MENSURAR NECESSIDADES/ETC.

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

() não

(X) sim

Como?

DENTRO DA A.B.F. HAVIA UM FÓRUM ESPECIAL, PARA DISCUTIR ESTAS QUESTÕES: CONSELHO NACIONAL DE REPRESENTANTES (DOCENTES DOS ESTADOS ONDE HAVIA FACULDADE DE FISIOTERAPIA)

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

(X) não

() sim

COMO OBJ. COINCIDENTEMENTE O MAIOR DESENVOLVIMENTO DA FISIOTERAPIA, DEU-SE NO PERÍODO MILITAR, ERA NESTA A TRAJETÓRIA, QUE COINCIDIU NESTE PERÍODO, ACONTECERIA DE QUALQUER FORMA, MELHOR OU PIOR

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

EDUCAÇÃO E SAÚDE - NÃO ERAM PRIORIDADES

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

TÉCNICO, AUXILIAR DO MÉDICO, PARAMÉDICO, EMERGENTE; COMEÇARAM A NOTAR QUE GOSTAMOS, VAGAROSAMENTE, NAS DESCOBERTAS

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: INFORMAÇÃO, COM FUNÇÃO DAS FACILIDADES DE COMUNICAÇÃO, E POTENCIAL AUMENTAR N.º DE INFORMAÇÕES, OBJETIVOS, FATOS E

Influências internas: EM FUNÇÃO DA MARCHA CRÍTICA, CONCLUIR HOJE, SE SIGNIFICATIVA, SE PENSAR FISIOTERAPIA, NOVO, URGENTE, NOVA PROPOSTA.

Conquistas:

FANTÁSTICA: INTERAÇÃO NO MERCADO; ACESSO, MELHOR PREPARO; DESCOBERTA DO SEU MUNDO,

Frustrações:

QUE O FISIOTERapeuta, NÃO TEM A NOÇÃO CORRETA DE QUANTO É IMPORTANTE, ÚTIL, MAIS UMA, FANTÁSTICA, A PROFISSÃO

o serviço DE FISIOTERAPIA, MERECER UM PROFISSIONAL MELHOR FORMADO

Objetivos:

SOMOS OS TERAPISTAS DA VIDA: DESDE A
CONCEPÇÃO ATÉ DEPOIS DA MORTE,

Desafios:

- (1º) FORMAR PROFESSORES (CONSCIENTES)
(2º) FORMAR ALUNOS (SERVIÇO DE FISIOTERAPIA)
(3º) CONFORMAR OS PROFESSORES QUE FAZEM A DIFERENÇA
DE CLASSE SEM MÉRITO DE VIDA
(4º) ORGANIZAR A CLASSE

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

CANHECA O DOCUMENTO SOBRE
PADRÃO MÍNIMO DE QUALIDADE PARA OS
CURSOS DE FISIOTERAPIA.

O MEC - AVALIA O QUE AS INSTITUIÇÕES
"FAZEM" COM OS ALUNOS, MAS, NÃO
AVALIA O QUE ESTES DO-ALUNOS, ESTÃO
"FAZENDO" NA SOLIDARIEDADE

Obrigada

**ANEXO 7 - ENTREVISTA CONCEDIDA PELA FISIOTERAPEUTA
SÔNIA REGINA MANSO PARA FISIOTERAPEUTA VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, EM 19/01/01**

V- Após esta introdução, eu gostaria que você iniciasse falando-me sobre o seu curso.

SM – Foi a minha turma que conseguiu fazer o curso de Fisioterapia passar realmente para a Faculdade de Medicina da USP.

V – Por que até então? ...

SM - Até então era Instituto de Reabilitação, então, os diplomas saiam como Instituto de Reabilitação. O meu diploma já é Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E eu fui da turma que conseguiu isso, porque nós fomos à Reitoria fazer que o reitor assumisse realmente o curso. Nos dizíamos: “- Não é apenas um curso de Medicina que tem a Faculdade. A Faculdade tem esses outros cursos que vocês ficam chamando de “para” qualquer coisa, por isso que não assumem”.

Então, nós exigimos muito, e conseguimos, conseguimos que passassem a observar a existência, e a partir daí começou a nascer a idéia de ter um ponto dentro da cidade universitária, nessa época, olha, que já era bem antigo. Foi muitos anos depois que realmente isto se consolidou. E aí, nós conseguimos também, pelas nossas carências, ir solicitando complementação de conteúdo programático, etc.

V - Porque nós tivemos teoricamente, teoricamente não, de fato, 2 currículos aprovados, e eu vou me basear nesses currículos oficiais, que é o de 64...

SM - Então, esse era o currículo oficial, só que dentro, na faculdade, não sei se você pegou algum histórico escolar da USP?

V - Não, eu não consegui.

SM - Você poderia ter pego o da Sônia...

V - Ela falou que ia tentar achar, disse que um dia pediu e não conseguiu...

SM - Porque o meu realmente está desaparecido na USP. O que eu solicitei, mas, eu acho que até tenho algum para depois ver para você, de outras épocas.

Então, nós tínhamos complementação dessas disciplinas, não era simplesmente os Fundamentos de Fisioterapia, nos fomos conseguindo incrementar um pouco mais.

V - Mas como que era esse incrementar? De onde vocês tiravam os parâmetros do que vocês queriam estudar?

SM - A minha turma teve o Professor Eugênio e o Professor Danilo, que chegaram do México depois daquele curso de mestrado que eles fizeram pela OMS.

Então, eles chegaram com muita vontade de ensinar, eu acho que ao Sérgio contou essa mesma história, muita vontade de estar aplicando os conhecimentos deles. Então eles punham isso em prática o tempo todo.

Com essa vivência que eles tiveram no México, eles começaram a aplicar para nós e já usavam também tudo aquilo que aquela fisioterapeuta da Suécia trouxe, o Eugênio deve ter contado para você, a Karin. Eu a conheci em Estocolmo.

V – É mesmo?

SM- Ela tinha vindo uma vez visitar, não me lembro se foi antes ou depois, ela veio visitar o Brasil, passou pela USP, eu era estudante, e depois, eu acabei... era antes porque era estudante, depois eu fui encontrá-la lá em Estocolmo quando foi o Congresso Internacional da *World Confederation* em 82.

V - Nossa, que interessante!

SM - Se eu sai da escola em 72, dez anos depois eu fui encontrá-la. Mas ela continua trabalhando no hospital.

V - Então, pelo que você está dizendo, foi principalmente pelo que o Eugênio e o Danilo viram no México, e que a Karin trouxe...

SM - O que a Karin já tinha trazido é que houve isso de nós estarmos implementando nas disciplinas.

E depois porque que nós viamos a nossa bibliografia toda estrangeira, maioria. Maioria não, 99,9%, se tinha um Araújo Leitão da vida no meio, para falar de reabilitação, que continua existindo e é o mesmo até hoje. É só o que existia. Então, era tudo baseado em apostilas, traduções; sabe, os trabalhos todos como a gente estudava.

Então, era essa vivência de cada pessoa, que tinha elaborado uma tradução, que tinha feito uma viagem, fazia com que nós sentíssemos essas necessidades. E aí nós já sabíamos da histórias da Sônia ter viajado, da Ely Kögler ter viajado, então o auge nos anos 70 era se falar que o fisioterapeuta se preparava para trabalhar com

problemas neurológicos; então, precisaria fazer o Curso Bobath. Então se você vê que o é Brasil de época, até hoje...

V - Até hoje têm os “boom”...

SM - É, o “boom” dos anos 70 era Bobath, todo mundo tinha que fazer Bobath, senão não era ninguém.

Agora, em 71 eu participei de um Congresso de Neuropsiquiatria Infantil. Nesse congresso, eu perguntei para os professores qual curso seria melhor eu fazer, tinha o curso de Kabat com a própria Margareth Knott. Tinha o curso de Rood, com a Margareth Rood, que estava lá no curso, e agora eu não me lembro do 3º curso. Tinha três cursos, eu queria saber deles o que era bom fazer. Eles: “- Ah, depende”. Eles não sabiam muito como orientar, em qual seria melhor nós fazermos. Na verdade, eu devia ter feito todos, porque cursos de congresso, você não vai ter grandes informações mesmo.

Mas eu vi todas elas, chegamos a conversar. E como estudante, aquela história de pedir para os outros ficarem traduzindo o que que a gente queria falar, então foi tudo muito bom mesmo, e foi uma experiência enriquecedora, minha primeira!

V - Isso foi um Congresso aqui no Brasil?

SM - Aqui no Brasil, no Rio de Janeiro, no Copacabana Palace, em 71. Nesse Congresso, foi quando nós tivemos muito contato com o Fernando Villar, de Belo Horizonte, que foi quem colaborou mais tarde, depois a gente vai chegar nele, ele foi coordenador lá da PUCC.

V - Mas quando eu entrei na PUCC não era mais ele.

V - Não era mais ele, mas ele foi o mais importante, que tirou a PUCC da mão do fisiatra, do Laércio. Foi o Fernando.

Então, ele nessa época foi quando a Irene, que era minha colega, terapeuta ocupacional, estudante de TO, que os dois começaram a namorar. Então veja, desde que época.

E nesse Congresso, então, o Carlos Amintas Fraga, que também foi da USP, ele também era de Belo Horizonte, ele acabou trabalhando na USP depois. Então é uma turma que acabou se diferenciando, você vai encontrar os mesmos, nesses anos: final de 60 e 70, são os mesmos até hoje. Então quem coordena as escolas, quem está ligado, você vai ver que ainda são estas pessoas. Nós somos parecidos com a MPB e com a jovem guarda, são aqueles lá sempre.

V - Roda, roda e são sempre os mesmos.

SM - São os mesmos que estão assim nas posições de relevo.

V - Têm uma posição de destaque na profissão...

SM - É, tem uma posição de destaque. Nós fizemos a diferença, aquilo que eu sempre falei para o estudante, e acho que é mesmo isso, nos fizemos a diferença, e modéstia à parte, eu falo isso porque acho importante. E é isso que eu tento incentivar no jovem profissional.

V - Hoje em dia está muito desgastado, não sei se é essa a palavra...

SM - Existe um marasmo, existe um marasmo...

V - É, vocês viveram essa fase que precisava de melhorar. Atualmente o aluno se conforma, eu não sei, eles não têm entusiasmo...

SM - Querem mais a coisa pronta.

V- Isso!

SM - Estão querendo ir comprar um CD-rom para botar lá e pronto. Não é mais assim? Nós íamos mais a luta. A gente queria mesmo ter uma formação melhor.

Então veja bem, quando eu fiz USP, eu digo: “- Eu fiz período integral”, porque a gente ficava lá, o Eugênio deixava a gente numa sala fazendo massoterapia no travesseiro, a gente tinha que saber como era amassamento, e ficavam um no outro fazendo as demonstrações. Então, mesmo que nós não ficassemos 4 horas no período da tarde, nós estávamos fazendo aula prática, muito, muito, muito, muita vivência.

V - Os alunos então, foram muito importantes nesta modificação, não?

SM - Foi, nós fomos muito importantes. Nós éramos 23, da minha turma muitos se destacaram, se você também... quem sabe eu tenho a relação de todos, e você vai ver. A Regina, eu já falei, está lá na PUCC até hoje, e hoje ela tem uma posição de destaque, é diretora. Tem a Normian, que também está sempre ligada a alguma escola. O Sérgio Colognese, que faleceu, ele trabalhou lá na PUCC e trabalhou em São Caetano, ele foi responsável por ter mudado São Caetano e depois trabalhou no Conselho. O Sérgio Vedovelo sempre engajado

na parte política no Sindicato. Tem mais alguém da minha turma, a Renate que trabalhou conosco nas Associações de Classe também, e eu que trabalhei desde a época de recém formada, eu a Regininha fomos procurar a Associação Brasileira para começarmos a colaborar na idealização do Congresso Brasileiro. Era o 2º Congresso Brasileiro de Fisioterapia. Então veja, a gente tinha essa vontade de fazer algo.

V – Tinha essa preocupação!

SM – Porque eu gostava tanto de mexer, assim, com as coisas, que eu trabalhava no Centro Acadêmico da Medicina e no Centro Acadêmico da Fisioterapia, nos dois, no CAOC e no CAAVC (Centro Acadêmico Arnaldo Vieira de Carvalho).

V - Não havia nenhuma rixa entre os estudantes dos cursos?

SM - Não, não. O que existia muito, como a maioria sempre foi mulheres, e a história dos estudantes de Medicina namorarem as meninas da Fisioterapia. “Ah, vai procurar uma namorada lá na Fisioterapia”, tinha muito essa fama.

V - Essa fama de namorar.

SM - E tem muitos casais até hoje juntos.

Então nessa época eu já ajudava a classe. O Danilo era presidente da Associação Brasileira, e eu achava incrível..., a coisa mais linda do mundo quando ele recebia aquelas pessoas de fora, mal sabia que eu um dia seria a presidente da Associação (risos).

Mas eu chegava assim... era lindíssimo, para mim, era uma maravilha, garota, vendo isso acontecer.

Veja essas fotos, você vê a minha cara olhando para eles dando aula, você vê é uma cara de boba!

V- Ficava babando...

SM - Babando. Imagine ele fazendo isso... Para você ter idéia, eu escolhi o nome de um sobrinho meu de Danilo.

V - Foi seu ídolo mesmo...

SM - Porque foi ídolo durante muito tempo. Ele sabe disso. Ele foi... porque vê que a gente se preocupou em tirar as posições, o rosto das pessoas foi por acaso, essa é a Mariana, tem um pouco das pessoas. Por acaso que eu sai nas fotos. A pessoa bateu, o rosto dele para dizer que é ele. Uma que estava mais perto ele, eu dei pra ele, uma foto assim.

V - E as aulas, como eram as aulas, elas eram muito teóricas ou práticas?

SM - Muito teórico-práticas, por quê? Eles não tinham muito material, então eles precisavam fazer as demonstrações assim, e a gente exigia muito isso de tentar saber. Nós não tínhamos assim, fundamentação teórica de laboratórios, não existia isso, a não ser da área básica. Nos tivemos anatomia na técnica cirúrgica, foi uma das melhores coisas que pôde acontecer...

V - Vocês tinham toda estrutura da USP...

SM - Dentro da USP, dentro da faculdade velha, lá da Dr. Arnaldo. Então isso foi muito bom para nós. E dentro da Ortopedia do Hospital das Clínicas, junto com todos os residentes de Ortopedia.

Então, o Dr Gilberto Carazato (especialista em Medicina Esportiva) é um que ficava na técnica cirúrgica dando dicas para nós, de como estudar... ele era residente. Então você vê que coisa, né?!

V - O pessoal conhecia a Fisioterapia?

SM - Conhecia assim, reabilitação, ninguém falava Fisioterapia dessa maneira. Se falava em reabilitação. Nós éramos profissionais de reabilitação. Eu tenho, não sei se eu tenho aqui, de revista tipo: revista Cruzeiro, revista como a Revista Cláudia, falando de como você procuraria uma profissão...

V - Ah sei! Interessante...

SM - Igual tem hoje. O que seria, o que faria, é coisas desse tipo, então você fica assim bobo de ver que... eu separei isso para você, essa revista você tem?

V – Não.

SM - É a 1ª Revista Brasileira de Fisioterapia, que foi lançada em 73. Então deixa eu te contrar um pouquinho da Associação, que liga uma coisa na outra, escola com Associação, porque nós éramos os mesmos.

Então veja, quando eu fui ajudar, tentar ajudar a fazer o 2º Congresso, que a Sônia foi presidente do Congresso, o Danilo entregou a gestão dele dando a mão pessoa por pessoa dentro do Hospital do Servidor, de tão pouca gente que existia lá, na saída do presidente da ABF, você vê que coisa. Foi um congresso tão

importante, foi a 1ª vez que veio aquela fisioterapeuta do Chistian Barnard, que falou sobre a Fisioterapia em Cardiologia, que foi a 1ª vez que se ouviu no Brasil falar isso, e aí surgiu a idéia, que começou-se a se pensar para o Instituto do Coração. Olha a precocidade.

V - É muita influência de fora?

SM - Foi sempre influência de fora.

Mas veja como nós éramos precursores, a gente tava preocupado, já que transplante era uma coisa incrível, e o Zerbini estava no mesmo pique, com o Barnard, então a gente tinha que ir atrás. E nós trouxemos, eu não me lembro o nome dela agora. Trouxemos essa fisioterapeuta.

V - Era a preocupação de buscar...

SM - Pois é, foi uma coisa muito legal. E nesse mesmo Congresso já se falou em fisioterapia no cavalo, em equoterapia. Você vê que é lá em 1972 que eu estou falando, aliás minto, em 73. Eu sou da turma de 72, a formatura foi 19 de janeiro de 73, o Congresso foi em 73.

Bom, então saiu essa diretoria que era o Danilo presidente, e entrou a Sônia Gusman, que na minha formatura a Sônia está sentada... é que eu emprestei a foto que estava a Sônia na mesa e o Eugênio para outra fisioterapeuta que está fazendo uma coisa parecida com você, mas não é sobre currículo. Aliás, seria bom você conversar com ela, o nome dela é Denise, eu vou te dar o telefone.

E aí a Sônia foi para Associação Brasileira, era o José Américo vice-presidente, José Américo também da PUCC, e ele não ficou, ficou um cargo vago; a Célia, secretária e agora eu não me lembro quem era..., ah é o Augusto César Mazzola, que era da minha turma, era o outro colega que participava. Bom, como estava vago aquele cargo de vice-presidente, e eu fiquei colaborando com eles, assim secretariando, aquilo que eu fazia lá no CAAVC e no CAOC, tudo de ficar desde datilografar apostila até fazer coisas da revista científica do CAOC sabe, tem até o meu nome da revista científica, veja que coisa lá nos anos 70, bonitinho né, eu acho incrível!

V - E é mesmo.

SM - Porque é uma coisa que, imagine, e aí nós conseguimos fazer a... eu fiquei ajudando tanto que eles num Conselho Permanente de Representantes me colocaram como Vice-Presidente, porque era cargo vago. Então eu já, em 1973-74, eu já era Vice-Presidente da Associação Brasileira, e fiquei 10 anos na entidade, porque eu fiquei assim, e consegui depois, montar uma chapa para a Associação Paulista, que foi o Sérgio Mingrone presidente. Aí ficou o Sérgio como presidente; Maria Inês Marino, como secretária - tesoureira, Amélia Marques como... não me lembro agora de cada cargo, só se eu for descrevendo, aí eu vou me lembrar, Amélia, e Hermínia, vice-presidente, Hermínia Martinez, você lembra, também trabalhou no HC, e ficou essa gestão de Associação Paulista enquanto a gente estava na Brasileira, foi aí nesse momento que a gente trabalhava pra criação do Conselho. Então, foi exatamente a Associação Brasileira conseguiu, já vinha se falando, mandando os documentos; mas foi o auge desse momento, a Sônia deve ter te contado sobre isso. E aí, quando terminou a gestão Sônia, para ela assumir o Conselho, que nós indicamos, por isso que ela é nº 1, essas coisas todas, nós... eu fui induzindo, eu influenciei demais nesse aspecto sabe Valéria, eu conseguia “chavecar”, como o pessoal fala hoje, e eu convenci o Sérgio a ser presidente da Brasileira.

Então, porque como eram poucas pessoas, era muito fácil demonstrar dentro do Conselho de Representantes, as pessoas que tinham mais condições, e o Sérgio sempre teve muita condição. Aí ele disse que ia aceitar isso se eu aceitasse ficar com ele na vive-presidência, então eu continuei na vice presidência. Mas o período que ele era da Paulista e na Brasileira foi assim riquíssimo, a gente já trabalhava com a Comissão de Ensino, fazendo o estudo de currículos.

V - É, ele me falou isso...

SM - Foi nessa época, e junto fazíamos o trabalho do Conselho. Então, o que era o papel da ABF, por isso que eu digo que a Associação nesse momento foi fundamental, trabalhava com essa visão científico-cultural, mas de formação, a gente não tinha outro órgão, tinha que ser esse!

V - Tinha que ser a Associação mesmo.

SM - Isso.

V - Porque o conselho veio...

SM - Posteriormente, é então. Tudo isso que foi sedimentado, o Conselho conseguiu colocar em prática, coisas que a Associação já tinha pensado. Então nós carregamos idéias do Eugênio, lá dos anos 60 e trouxemos, atualizamos com os colegas, pegamos as nove regionais que existiam na época, remexemos essas regionais, eu viajei pra um monte de lugar, fui lá pra Minas, que era um lugar difícil de fazer o pessoal pensar parecido conosco, eles eram muito viscerais, tem camarada que até hoje é assim lá, o Hidelberto, não sei se você já ouviu falar dele?

V - Ah, ele é o presidente da minha regional.

SM - É da sua regional. Então você vê que desde essa época...

V - Então já era terrível?

SM - Já era terrível, era pior ainda.

V - É terrível até hoje.

SM - Teve problema como Nivaldinho lá no ENAF em Poços de Caldas. E então veja, nós fizemos esta busca de trazer a importância da formação do profissional. A gente já sabia que era formação. E para a formação o que seria necessário? Aí nós descobrimos que seria a alteração curricular, a primeira coisa.

Então nós nos prendemos durante um período fazendo a incrementação do Conselho, aí saiu o Conselho Federal de Fisio e TO. Vai toda essa gente para o Conselho. Aí muda de novo a diretoria da ABF, eu assumo a diretoria. Então eu dou continuidade a esse trabalho, e consegui com o Eugênio, organizar diversos cursos de dirigentes de entidade de classe. Então, eu acho que eu fiz... sei lá, acho que mais de meia dúzia com certeza. Fizemos aqui em São Paulo alguns, e outros nós levamos às regionais. Nesses cursos nós... aquela coisa do Eugênio, de olhar e saber como tirar da população, do público alvo aí nosso, de fisioterapeutas, aqueles que pudessem se sobressair como dirigentes.

E nós elaboramos um curso muito bonito, e nosso lema maior era a música da Vandré, “Pra não dizer que não falei das flores”, a gente usava música, a gente usava dinâmica de grupo, era um curso delicioso, e foram muitas vezes na minha clínica (sabe?) a Fisiogerânios, ela nasceu em 78, e era na Cardeal Arcoverde. Então, o 1º curso de dirigentes foi lá no Cardeal Arcoverde, depois os outros já foram na Pedrosa de Moraes, aonde era a Fisiogerânios depois, diversos também, e depois fora de lá, já foram em outros Estados. Nós fizemos um em Recife muito bom, em Salvador. Mas os primeiros a gente sempre tem a aquela lembrança de primeiro filho, foram excelentes. A Maria Ignêz Feltrim fez o curso na época, ela estava despontando como uma cabeça, um ser pensante aí a esse nível, recém formada, que na faculdade ela não tinha tido aquelas experiências... você falou com ela também?

V - Falei

SM - Então, e ela estava fervilhando com aquelas idéias, e aí nós a trouxemos e demos uma lapidada. Hoje ela entende isso, porque na época você não quer saber, “pô, aquela pessoal de velha guarda, quer se meter”, depois você avalia que é uma outra coisa.

A gente segurou ali, a mão de cada um, aquele que precisava ajudar você vai ajudando. É bem aquilo de pais, de educação. Era essa coisa que nós queríamos passar mesmo, e nunca de... como que é, de extrapolar o poder, ou de sentir... nunca entre esse grupo que eu estou te contando agora, nunca houve nada, uma vírgula, nunca ninguém... a não ser esse outro lá de Minas, que sempre foi, nunca houve com ninguém. O Rio de Janeiro tinha um pouco de rivalidade. Mas nunca era nesse sentido, nessa época que eu estou falando...

V - A preocupação não era rivalidade ainda.

SM - Não era essa, eu tenho jornalinhos, deixa eu ver se eu tenho aqui...

Intervalo

SM - Fazia essas normas, estabelecia exatamente como é que a entidade iria funcionar, era o Conselho Permanente, com todos as regionais. Então, dois representantes de cada Associação Regional, então você imagine que nós tínhamos nove, 18 pessoas, mais o presidente da Associação Brasileira, mais um. Então, mais ou menos 20 pessoas no Conselho Permanente, ditando as regras de como a gente iria elaborar.

V - Isso aqui é lá em Porto Alegre ainda?

Isso aqui já é eu tomando posse no lugar do Sérgio, que ficou doente e voltou antes.

Aqui o 1º Encontro Nordestino, em Salvador. Foi tão bem feito, foi no hotel Meridien, estava inaugurando o hotel, até o Governador foi, no Nordeste sempre se consegue isso. E nós tivemos essas presenças aqui ... este é o Lucena. Você não sei se o Sérgio mostrou; ele foi um dos homenageados, ele tem livro lançado...

Esse é o Miguelzinho do Piauí...

Eu tenho o discurso de posse, de quando eu assumi a Associação, tem a carta programa e o discurso de posse, emocionante!

E aqui, já era assim, já tinha havido em 79 esse pronunciamento de um deputado falando dos fisiatras em cima, porque esse foi o período marcante da Fisioterapia pegando no nosso pé.

V - E tinha algum partido político que apoiava vocês?

Existia, não era um partido, existiam alguns deputados, a Sônia, como o Mário Teles, atualmente cunhado da Sônia Gusman era; ele... porque sempre era nossa influência dos nossos amigos que a gente ia tentando... tudo na Fisioterapia foi assim. Depois teve a parte do ministro, que ela deve ter te contato...

V - Que teve o AVC?

SM - Não, não, esse é o Costa e Silva é antes. A fisioterapeuta que, se você quiser entrar em contato sobre o AVC e como foi publicada a lei e tudo é a... agora fugiu o nome dela. Mas ela está lá em Rio Preto na UNIP, ela dá aula lá. É a Lúcia Guena.

V - Ela foi que...

SM - Ela foi quem foi buscar a Lei de 69. Mas ai eu não estava nem na faculdade.

V - Foi antes...

SM - Foi antes. Quando eu entrei já era nível Universitário...

V - Já era reconhecido?

SM - Já era reconhecido. Então, ao mesmo tempo que foi aquele Congresso, bem no meio do ano, em 79, já foi o Congresso Latino Americano, que eu fui como representante da Associação, fui representar, aí a gente ia lá fazendo parte da Confederação Latino Americana de Fisioterapia, que o Eugênio e o Danilo tinham nos colocado, mas não existia assim a tal de CLAC com tal pique. Então foi nessa época que eu fui participar lá. Esse colega é o Ruy Pontes; o Ruy no futuro veio a ser o assessor de imprensa do ex-presidente Fernando Collor de Melo, hoje ele é assessor e quem lançou o Popó na Bahia, ele é baiano. Então você vê as carinhas assim novas, que eu vou mostrar as carinhas de hoje.

Aqui: Maria Lúcia Peres, o Sérgio Mingrone, a Valéria esposa do Sérgio - falecida, este aqui ele tem equipamentos de Fisioterapia no sul, ele é formado na turma da Maria Lúcia, que é de 62. O Domingos Diácoli, o Wladimiro R. de Oliveira (falecido este ano), que também se formou no USP, mas é do Rio Grande do Sul, eu...

V - Você está chique aí Sonia!

SM - É, todos os Congressos eram assim..., nos esmeravamos respeitosamente

V - Meu Deus...

SM - Eu recebia elogios pelas roupas nos Congressos, recebi um elogio outro dia sobre o passado!

Aqui a gente em Montevidéo, Uruguai.

Esse aqui é o Gracimar Bueno, ele foi o meu 1º fisioterapeuta. No meu 1º ano de faculdade eu sofri um acidente na cervical, luxei a cervical. .

V - O bom é que um estimulava o outro, tinha esse estímulo entre os colegas.

SM - É. Aí eu vou ter material aí se você precisar. Não sei se você pegou do Conselho Federal? Aqui ó: o primeiro Conselho Federal de Fisioterapia, Sônia Gusman, Vladimiro...

O primeiro é o que eu te falei; o Luciano, que é de Brasília; o Márcio, que era suplente: a Deyse, que é da Bahia, a Laurentino, que é de Pernambuco; a Veridiana que era Terapeuta Ocupacional de São Paulo; Abigail, acho que é TO também, e a Linda Burlamaki, que era do Rio de Janeiro, também TO. Sempre misturado com as TOs devido às necessidades.

V - Mas a fisioterapia sempre esteve ligada à TO?

SM - É, isso foi publicado no Diário Oficial em 19 de agosto de 77, você vê que isso é a criação do nosso Conselho da 1ª diretoria, quer dizer, um pouquinho antes foi aprovado.

Eu tenho aqui coisas de 77, do Sena, coisas lá de Pernambuco.

Aqui jornais da APerFisio, em mimiógrafo. Então tem: Geraldo Rodrigues Barbosa, até hoje ele está lá na Paraíba, não, esse está em Pernambuco.

Drenagem linfática manual, olha, o pessoal dizia que nos não aprendíamos essas coisas, que isso só veio a acontecer depois, não é verdade. Então eu tenho coisas como essas assim, da época de estudante, com muitos trabalhos traduzidos. Não era só neuro...

V - Então esse currículo (64) então não tinha nada a ver, não era a realidade?

SM - É, não era a realidade. A gente complementava com as outras coisas. Só que não constava, e aí que nós descobrimos que não constasse a gente não era reconhecido como profissional que soubesse esse conteúdo. Então foi uma grande luta por isso.

V - Porque apesar de saber...

SM - Apesar de saber, você não tinha como provar que você sabia a não ser demonstrando no trabalho, fazendo alguma coisa assim... e depois assim, depois que a gente aprendeu uma drenagem assim, você sabia que tinha que ter uma Anatomia melhor, você sabia que tinha que ter uma Fisiologia melhor.

V - Aí você vai...

SM - Você vai unindo. Agora, Fisiologia, na minha turma por exemplo, eu tive com o Dr. César Timolaria, era daquela aula que você não podia chegar um minuto atrasado que ele não deixava entrar. Então aquilo que outras pessoas passaram em épocas posteriores, nós tivemos desse jeito. Agora, eu tive muito mal dado Cinesiologia, que era dado pelo Roberto Talibergi, fisiatra.

V - Assim, com os médicos, os únicos que davam problemas, ou que não tratavam bem, eram os fisiatras, os demais, dentro da USP não tinham rivalidades?

SM - Nunca teve. Porque o fisioterapeuta não era ninguém para eles...

V - Eles não tinham medo?

SM - Nunca, nós não éramos ninguém. O número era tão ínfimo, que eles não sentiam isso. E também eles não sentiam muito a necessidade do fisioterapeuta, a não ser para reabilitação. Você vê que foi despontando nesses anos décadas de 70 e 80 aí que o fisioterapeuta podia entrar em outra área que não fosse reabilitação.

Então, o Danilo era o fisioterapeuta que tinha uma clínica de Fisioterapia e não de reabilitação. Tinha tipo um consultório. Quando eu e a Maria Lúcia bolamos a história de abrir a Fisiogerânios, que foi em 78, nós pensamos numa clínica para atender o paciente diferenciado, porque o fisioterapeuta naquela época atendia acidente de trabalho na maioria.

V - Era o que tinha?

SM - Era o que tinha que, não sei se já te contaram, o Sérgio deve ter falado. Eu fui estagiária do Sérgio em uma Clínica de acidentes de trabalho, meu último ano da faculdade, imagine, 3º ano, trabalhando com 300 pacientes atendidos ao dia!

Mas nós conseguimos fazer um diferencial naquela época, nós tiramos toda a cinesioterapia da mão dos leigos, dos “práticos” que estavam lá, nós começamos a trabalhar. Eu e a Miriam Omuro, que era a outra estagiária da minha turma, mostramos que o fisioterapeuta é quem tinha de fazer estimulação elétrica, ou ultra-som, porque era uma coisa muito detalhada, delicada, com exigência de mais bases.

Mas a menina, eu confesso isso, a menina que fazia estimulações elétricas era muito melhor do que eu, porque ela sabia os pontos motores de cor, ela fazia toda hora! Ela nunca sabia os porquês... ela fazia em todos os pontos. Ela fazia em todos da parte anterior, todos da parte posterior e pronto. Ela também não sabia como dosava, ela botava lá e pronto, estímulo máximo.

Ultra-som também, era tudo igual. E nós apavorados, alunas, acabando de ver os detalhes, tudo aparelho de Siemens no HC, então você apavorada que pudesse acontecer algo, algum problema, morrendo de medo das contra-indicações.

V - Mas essa formação de vocês ainda era muito técnica, ou você acha que havia alguma preocupação com uma formação humanista?

SM - Acho que a minha turma teve uma formação mais humanista pela visão do Eugênio. Eu digo que é a cabeça dele que levou o nosso curso a ser de visão humanista. Então ele falava da formação generalista, ele falava muito de psicossomática, ele falava muito do toque terapêutico, ele dizia que... e nós fazíamos isto, por isso é que eu falei tanto da aula prática. E eu não posso queixar, por exemplo, porque muitas pessoas falam da minha época, que não tiveram aula no laboratório de Bioquímica ou Biologia (Histo/Micro/Imuno). Nos tínhamos no mesmo laboratório do aluno de Medicina, nós só não tínhamos a mesma carga horária do que eles, nossa carga horária era mais restrita, então nós não íamos fazer uma experiência, já estava lá pronta para a gente ver.

Hoje eu vejo que não tem importância, é uma coisa tão específica, que deve ser para algumas áreas esta necessidade, tanto que nos cursos que eu montei e tudo o mais, eu nunca exigia. Só se você for um pesquisador, é que você vai ter que fazer a lâmina você mesma.

V - Aí é outra coisa, não é?

SM - Então é diferente mesmo, e acho que quem tem a chance, como a UNIP (Universidade Paulista) tem com aquele projetor, aquele microscópio que já projeta no telão direto, você não precisa de cada aluno ficar no microscópio. Por quê? Porque também é uma perda de tempo, um gasto de tempo, não é uma perda, mas é um gasto, que o aluno não sabe sentar direito, não tem o número de professores suficientes para ficar posicionando, o risco de quebrar material é maior, não é? Então você precisa aprender, e haja visto que a

internet, você não pode ter um profissional formado pela internet hoje? Então você bota a lâmina pela internet, é o futuro!

V - É, o importante é conhecer, não necessariamente fazer, porque você não vai trabalhar nunca.

SM - É, mas alguns vão. Alguns que trabalharam, por isso que eu digo aqueles que foram para pesquisa.

E a visão, não sei se é isso que você está analisando, que nós éramos formados mesmo para já estar pondo a mão na massa, pela falta, pela carência do profissional no mercado.

V - Eu sei, mas vocês tinham as disciplinas mais humanas: sociologia, antropologia?

SM- Tive sociologia, tive antropologia...

V - Como vocês avaliavam essas disciplinas? Porque eu tenho a sensação, não sei se você tem também, que hoje em dia, o nosso aluno quando ele tem psicologia, sociologia, ele acha tudo desnecessário.

SM - Então, eu sou da turma que teve Psicologia com a Matilde Neder. Três anos de Matilde Neder, até os tempos da gente, que é uma das psicólogas “plus”, vamos dizer, super reconhecida desde a época, e que tinha o seu ego auxiliar na sala de aula o tempo inteiro, fazendo terapia conosco. E nós fazíamos um trabalho, o nosso trabalho de TCC era de psicologia, passava a ser de psicologia; e mais uma coisa que eu te conto Valéria, eu fui reprovada no exame psicológico para entrar na USP, porque a gente tinha um teste psicológico.

V - É, a Sônia me contou disso...

SM - E eu fui reprovada, fui reprovada pela Matilde. Eu tinha prestado vestibular de Medicina, sabe quando você está arrasada, que você não passou no vestibular, e fui fazer o outro exame, tudo isso os testes detectaram ali. Ela me chamou e disse assim: “Como você quer abraçar uma profissão que onde você vai cuidar das pessoas, e você está precisando de cuidados?”. Mas ela me botou, assim, a zero!

V - Que isso!

SM - Eu tinha tido notas Valéria, nove de Biologia, oito de química, tudo notas altíssimas, e de repente: reprovada no teste psicológico! Eu queria morrer. E tive aquela sensação! Você novinha, você fica pior ainda!

V - Fica arrasada...

SM - E achando que eu nunca seria um profissional de saúde! Então eu acho que isso foi uma das coisas que me fez aprender a lidar com o jovem, de fazer com que ele no 1º ano identificasse se ele queria ou não, se ele quer ou não, como eu falo hoje quando eu tenho contato, fazer aquela disciplina, aquela profissão. Porque eu senti isso, eu fui tão pressionada naquele momento, e eu tive a garra de dizer: “não, é isso que eu quero, ser fisioterapeuta!”.

V - Mas nem todos poderiam ter, persistir.

SM - Mas tive, pela minha educação familiar, tudo, eu comecei a trabalhar aos 16 anos, então, e sou a filha mais velha, então aquela coisa de ter, de ser o exemplo, de cuidados, você acaba sendo moldada de determinada forma.

E hoje, eu me orgulho de dizer que, ontem no meu aniversário de formatura, eu me realizo, sou realizada profissionalmente, sou realizada como indivíduo, exatamente porque abracei aquilo que eu gosto.

V - Você não conhecia Fisioterapia até entrar na faculdade?

SM - Eu conheci Fisioterapia por pessoas que tinham sofrido coisas graves como amputações, acidentes vasculares sérios. Então, eu tinha visto trabalho de Fisioterapia, mas era com técnico, porque não existia o curso universitário.

V - Não existia o fisioterapeuta?

SM - No meu bairro existia uma moça que trabalhava como técnica de Fisioterapia, e que até me disseram, na época que eu entrei na faculdade: “você vai trabalhar numa coisa que ela trabalha?” e, é muito sério, porque essa moça ficou estéril, porque ela trabalhava na eletroterapia no HC, e ela ficou estéril por causa disso. Então, você vê que...

V - Ainda tinha esse tipo de preconceito...

SM - Além desse tipo de preocupação das pessoas falarem. E aí, que nós tínhamos disciplinas com essa visão humanística, aquilo que nós sofremos, eu digo que foi sofrimento mesmo, foi um grande crescimento. Parece coisa bíblica, a gente tem que sofrer... é mais da religião católica, mas é muito isso: foi através de um

grande sofrimento que nós crescemos. E que talvez quando nós colocamos aqueles ciclos de disciplinas no currículo depois, foi pensando nisso. Nós víamos isso, tínhamos essa visão.

Agora eu, particularmente, alguns da minha época fizeram, o curso científico, o clássico, então nós tivemos filosofia, essas disciplinas, que nem todo mundo teve, e que hoje, quando você vê o pessoal ingressar num processo seletivo, que não é nenhum vestibular, não teve nada disso. São apenas viajantes em algumas coisas, aprenderam determinados aspectos; ou é a matemática assim, ou é.. não tem essa outra visão, fica faltando essa amadurecimento maior.

V - Então tinha essa formação? Não era um curso preocupado apenas com a qualificação técnica?

SM - O nosso curso não foi, o da USP não foi, foi um curso com essa visão maior.

Bom, então, se eu volto aqui, lá, isso é em Recife, quando houve a... eu tenho depois para, se você quiser eu posso te emprestar alguns desses jornaizinhos.

V - É interessante, porque eu não tenho nada desse material. Eu não consegui. Eu pedi. Pedi no Conselho, ninguém tem isso. Hoje mesmo eu liguei na ABF, tentei falar lá, mas não consegui.

INTERVALO

SM - Aqui as coisas da Associação, porque nós estávamos falando de criar um fundo de defesa da classe, que eu te falei, estávamos muito, com a briga, com os fisiatras querendo cancelar o Decreto de 69. Você vê que é esse período, bem dessas brigas assim, e aí o que que nós tínhamos que fazer, como estava o fundo de defesa da classe. Eu tenho uma cópia ainda rubricada pelo pessoal.

Nesse congresso foi quando o Henfil foi, e fez, nesse período, de 79 a 85, então veja bem, em 85 eu me casei, 79 a 85 com certeza eu atendia o Henfil, e o Henfil vendo essa grande luta nossa, ele começou a fazer umas charges para nós. Então, tem uma que é famosa que era assim, eu usava um terminho, parecido com esse aqui, de recorte, branco, que eu inventei isso para a época do HC, porque na época do HC as fisioterapeutas usavam saia, e as que trabalhavam na cinesio, no ginásio terapêutico, punham uma calça azul marinho. Eu falava: “isso já faz a diferença, não pode ser assim”, então eu inventei o terminho branco, foi minha mãe que fez para mim, e as meninas, algumas do curso, quando eu entrei elas usavam saia-calça, sabe aquele modelo assim de saia-calça, uma coisa tão antiga, que as aeromoças usavam, aquelas saia-calças, e elas copiaram.

E o Henfil fez uma charge com aquele terminho, uma pessoa perguntando assim para a fisioterapeuta: “A senhora é o que?” “Sou fisioterapeuta” ela responde: “E vive de que?” (risos)

V - Era uma dificuldade né?!

SM - Muita dificuldade. E nesse Congresso ele fez... V Congresso, então eu recebia. Ah, o símbolo do V Congresso, veja bem, aqui se você olhar é uma cadeira de rodas, mas ele foi feito um quebra-cabeça. É assim: um fisioterapeuta, era o ano internacional das pessoas deficientes, e o slogan foi: “o fisioterapeuta e o deficiente, um quebra-cabeça social”. Então, era um outdoor pela cidade lá em Salvador aonde ia montando o quebra-cabeças cada semana uma peça. Você vê que hoje isso tudo bem, mas lá, na época, foi um negócio assim... esplendoroso. Aí montou-se o quebra-cabeça todo no final.

Eu fiz com esses catálogos do Congresso, um poster muito bonito, e está lá na UNICID. Coloquei na Clínica da UNICID, ficou lá. Era meu, mas eu quis colocar como sendo uma coisa muito importante para o estudante, e depois nunca ninguém me devolveu. O Henfil fez... nesse Congresso o depoimento, eu apresentei o trabalho sobre hemofilia, que eram os primeiros casos de hemofilia foi eu quem atendi no HC, de colocar os alunos...

V - E com certeza foram os primeiros no Brasil.

SM - É, no Brasil, o precursor foi o Dr. Arnaldo Amado Ferreira Filho, que fazia as cirurgias no joelho, dava gamaglobulina, ele fazia a cirurgia e Fisioterapia, gelo... E eu fui precursora de colocar hidroterapia para os hemofílicos. Porque eu punha todo mundo no tanque de Hubbard, na água a 36°C, eles queriam que fosse a 32°C, mas eu dizia: “mas os meninos não tem 36°? Então eu posso por tudo a 36°C, porque senão eles passam frio”. Então eu fazia isso e não contava que estava tudo a 36°C. Aí não acontecia nada, não tinha o derrame, era a mesma temperatura...

V - Não estava aquecendo nada...

SM - Então ficava tudo legal, e como eram crianças, eu punha três ao mesmo tempo, e faziam os exercícios em grupo, era hidroterapia mesmo, porque a piscina nunca funcionou lá no HC, apesar de ter um espaço de piscina, ela nunca funcionou por falta de água.

Desde aí, já tinha essa idéia da gente de que a piscina terapêutica era uma coisa importante, e que a hidro precisava ser incrementada. Eu fiquei trabalhando na hidro muito tempo no HC, então eu inventei uma porção de coisas de como usar os espaços.

V - Você trabalhou no HC?

SM - Eu trabalhei 5 anos no HC. Em todos os setores, porque a gente fazia um rodízio, e fiquei um tempo na mecanoterapia, onde eu discutia sobre aquela mesa de tração, que não funcionava...

V - Você sabe que até hoje tem um monte de gente que usa?

SM - Então, mas eu lutava para não... nossa, mas eu achava um horror. Eu falava: “tudo bem, funciona o calor que a gente coloca”, e nós inventamos tanta coisa. A gente prendia uma faixa que ficava sobre os costelas, para que ela não pressionasse a pessoa na mesa. Foi um trabalho sério o que a gente fazia, mas separar as vértebras não é fácil!

V - O interessante é que vocês rodiziavam, então você não ficava em um só setor?

SM - Não, não. A gente ficava em todos os setores, enfermaria inclusive. Foi quando eu tive mais contato com os ortopedistas. Foram nas enfermarias, com o Marco Amatuzzi, onde o fisioterapeuta atendia os pacientes dele, quando foi criado o grupo de joelho tão famoso e que o fisioterapeuta começou a participar. Então veja, quando eu entrei no HC, recém formada eu falei que eu nunca procurei emprego, lembra? Falava, porque fui convidada a ficar lá, eu e a Regina.

Quando a gente se formou, nós fomos convidadas a ficar. Fazia anos que não entrava gente nova no HC. Ai sabe como é, recém-formado chega, começa a cutucar os outros... e eles gostavam muito da gente porque nós éramos estagiárias deles, a Maria Lúcia foi super legal com todos nós, a Carmem ficou encantada de saber que a gente estava ficando lá, e trabalhava um fisiatra, o Dr Hans Werner Sablowsky como diretor; foi antes da Satiko Imamura.

V - Esse era mais tranquilo?

SM - Ele teve um formação de fisioterapeuta e de fisiatra. Ele fez o curso lá na Alemanha, então ele era diferente. Foi ele quem desenvolveu a massagem de zona reflexa dentro do HC, e que a gente se aprimorou tanto. Então, os formados naquela e época sabem melhor fazer a massagem por causa disso. Muitos detestam, mas a gente aprendeu, eu pelo menos sempre adorei e tive a felicidade de conhecê-lo, conviver com ele, dele sentar ao nosso lado. Eu nunca esqueço, um dia ele entrou e a Regina estava na hidro comigo, acho que a gente ainda estava fazendo estágio, e ele falou assim: “mas você é tão pequenininha, como você vai atender se for uma pessoa grande...”, Ela disse assim: “ah, se eu tiver que fazer uma resistência eu me penduro.” (risos)

V - É, porque ela é pequenininha...

SM - É, mas foi muito legal.

Ah! Mas o Henfil deu um depoimento no Congresso, que eu pulei isso, dizendo o seguinte: que o fisioterapeuta estava ali num momento tão importante e que nós sempre teríamos muita pressões, especialmente da indústria farmacêutica, porque “um fisioterapeuta equivalia a muitos bezeróis da vida”. Não sei se você já ouviu falar disso? Bezerol é o anti-inflamatório.

V - Não.

SM – Isso tudo foi publicado nos jornais.

V - Porque a gente às vezes pensa que só o pessoal médico que resistia, mas tem esse lance da parte farmacêutica mesmo.

Você sentiam isso, ou não? Alguma resistência?

SM -Então, eu sempre fui muito feliz, porque eu tive esse caminho melhor de ficar lá dentro, trabalhando, desde o início eu sempre trabalhei 3 períodos. Então o pessoal brincava comigo, que o meu carro, que era numa Variant, saiu da Volkswagem com um Forno de Bier dentro. Porque como eu sempre precisava trabalhar, eu comecei a inventar o trabalho de atender os clientes de estética. Então eu atendia mães de colegas com estética. Então comprei o Forno de Bier, na Casa Fretin, olha assim, enquanto estudante. Tinha um caldeirãozinho, que eu carregava parafina, esquentava em banho maria na casa da pessoa, e fazia a parafina na coxa, no abdômem, no culote. Envolvia no plástico, botava no Forno de Bier; olha Valéria!

V - É demais...

SM -Eu estou falando dos anos 70, hoje está na moda ... não é? Mas até hoje ainda se faz essas coisas.

V - Pois é...

SM - Agora está na maior coisa, de revista de estética, podólogos, eles fazendo no pé da pessoa, assim com pincel, achando que é a novidade. Tem um tanquinho bonitinho que faz a parafina perfumada, não sei se você já viu.

V - Já, já vi.

SM - Lindinho mesmo, para fazer essas coisas. Mas olha, eu carregava o negocinho assim no carro. E o pessoal brincava.

Então eu trabalhava: no HC, seis horas; saía do HC ia para o Pronto Socorro Rudge Ramos, atendia acidentes de trabalho, então, atendia acidente de trabalho lá, pesado; saía de lá, atendia paciente particular em domicílio parará, parará. Isso eu fiz um período. Aí saí de Rudge Ramos e fui trabalhar na La Charité, uma casa de repouso, com geriatria, e com outros tipos de casos de...

V - E isso nos anos 70 ainda?

SM - Isso é 73, 74, 75, eu fui para, aliás essa foi em 77, a casa de repouso, que quando eu montei a Fisiogerânios eu tinha acabado de sair de lá. Não, é mais ou menos isso.

Eu trabalhei com o Dr. Arnaldo, com todo mundo, com o Dr Amatuzzi e o Dr Cordeiro na clínica deles, a Instituto de Fraturas e Ortopedia São Paulo.

Então eu saí, quando eu fui nesta La Charite, era um trabalho diferenciado com um pessoal do Hospital São Luís, eles são os donos de lá. Então era aquela coisa da Europa. Eu fui atrás de algumas fisioterapeutas estrangeiras, tinha a Ingebor Ditt Timar, nunca mais esqueci, ela tinha uma sauna, era a única fisioterapeuta, que eu sabia que tinha uma sauna, com ducha, com não sei o que, e eu achava que a Fisioterapia tinha que ter tudo isso, eu tinha lido... então eu fui atrás, porque que na casa de repouso não tem? “tem aquelas pessoas que”... e fiz as enfermeiras fazer mudanças de decúbito, e fiz uma paciente idosa fazer tradução de coisas em alemão para aquelas pessoas idosas; cada revolução, para poder incrementar o atendimento geriátrico, porque eu li, em algum lugar que o negócio tinha que ser assim de geriatria. (risos)

E tive oportunidade de atender algum caso de lesão medular, até foi um cliente que foi dar um mergulho lá no Litoral Norte, ficou lá muito tempo, então ele já tinha passado por vários hospitais, não queria saber de nada disso, mudar decúbito não....

Então, veja bem, eu fiz uma coisa diferente, eu não fui para AACD, eu não fui para o Lar Escola, que todo mundo ia. Então todo mundo da minha turma foi trabalhar, você vê que o Sérgio trabalhou no Lar Escola; a Sônia trabalhou no Lar Escola, trabalhou na AACD também; e eu não fui para isso, fui para o HC, depois fui me especificando, fui fazendo um leque com várias coisas.

Mas assim que eu me formei já tinha que começar a ajudar o pessoal da USP, a gente já começava a ajudar, e quando foi nesse, mais ou menos 1976, a gente precisou assumir o Curso de Fisioterapia porque o Danilo..., a turma da Maria Ignêz, tirou o Danilo da coordenação. O Danilo era coordenador de curso, e estavam descontentes por várias razões e tiraram o Danilo.

E nós, para provarmos que o fisioterapeuta era importantíssimo, porque senão a Fisiatria assumia, porque a Drª Satiko nos chamou assim dizendo que ia barará barará Nós em quatro assumimos o lugar do Danilo, e fomos. Viajei com a Maria Lúcia para Casa Branca, e fizemos um horário, grade horária, assim, com tudo.

Nós dávamos tudo, todas as disciplinas. Então era cinesioterapia... e trabalhando, não podia deixar de atender nossos pacientes. A gente fazia um rodízio de atendimento de pacientes entre nós, porque enquanto alguém estava dando aulas, o outro estava cobrindo atendimento a pacientes aqui, e a gente trocava. E por estar lá, tudo perto, a facilidade era... podia estar na ortopedia e estar na faculdade; mas não deixamos o aluno sem nenhuma aula. Então veja, aí nós bolávamos as aulas, eu me preocupei porque eu dei a cinesioterapia, eu nunca esqueço, eu nunca estudei tanto teste articular na minha vida. (risos)

V - Quem dá aula tem que estudar...

SM - Porque eu preparei para o aluno aquilo que nós não tivemos, que foi o irmão do Eugênio, o Angel que deu para nós essa parte, e nós não aprendemos nada, porque ele falava “espanhol mesmo”; aliás tinha mais isso, a gente tinha que ter aula quase em espanhol com os dois.

V - O Eugênio ainda fala com uma certa dificuldade.

SM - Imagine aquela época... o Angel não falava quase nada em Português, era bem Portunhol, e tanto que o apelido deles eram “Pero que si” e “Pero que no”.

E então eu idealizei as aulas, com as aulas práticas como eu gostaria. Também eu me orgulho hoje Valéria, porque como eu comprei para a UNIP todas as peças plásticas, já que não tinha, eu falava, como é que nós vamos fazer? Então eu fazia cada aluno desenhar a articulação, copiando do livro, cola com papel de seda, faz de qualquer jeito que você quiser, mas desenhe a articulação e faça a ficha de cada grupo muscular. Então ele tinha que fazer isso, fazer o grupo muscular, e aí fazer os testes.

Então, todo mundo revia anatomia, revia, sabia direitinho; quer dizer, “se vocês souberem isso muito bem, vão conseguir fazer o restante da cinesioterapia”. Isso deveria ser chamar métodos e técnicas de avaliação, que depois no futuro, nós demos esse nome. Então foi por aí. E aí nós começamos a incrementar também tudo aquilo que nós não tivemos muito bem dado de outras disciplinas, a gente trazia convidados. Então eu comecei lançar essa idéia.

V - O retorno de vocês para a USP foi muito importante ...

SM - Eu tenho absoluta certeza disso, e o Carlos Aminthas Fraga esteve aqui essa semana, e nós falamos sobre isso: “nós fizemos essa mudança dentro da USP, e por conseguinte, a mudança para as outras escolas”.

V – Por que a USP servia de modelo?

SM - Servia de modelo. Por que? Na hora que nós estávamos fazendo isso na USP, em seguida o Fernando estava entrando na PUC. Então, o que que existia em São Paulo: era USP e PUC. Aí começou a haver uma concorrência de formação, não era ainda de formados, era de formação.

E o Fernando, com a cabeça dele também, vindo.. que aliás é maravilhosa até hoje, e vindo com a outra formação de Minas, da Federal de Minas Gerais. Então a gente, e sempre assim, com a manualidade, porque se você falasse com o carioca ou com o pernambucano, eles não estavam vendo tanto a manualidade do terapeuta, mas nós estávamos vendo, e coincidiu de nós gostarmos muito. Então, essas quatro pessoas que estavam aqui dentro, mais o Fernando e um pequeno grupo, gostava da manualidade do terapeuta, via que o instrumento da Fisioterapia, é a mão, então a gente não deixou perder isso.

V - A PUC foi o segundo Curso de Fisioterapia do Estado?

SM - Foi o segundo Curso do Estado, depois da USP é a PUC. Depois foi, depois de muito tempo, Piracicaba. Eu fui, como Presidente da Associação, eu fui ao I Congresso Universitário lá de Piracicaba.

V - E de Campinas...

SM - Não, de Campinas não fui porque não era o Fernando, era esse médico fisiatra, que foi o Laércio, depois o Sérgio Colognese e depois o Fernando, que ficou lá na PUC.

V - Quando eu entrei... eu já era da XIIª turma, então já haviam se formado oito turmas...

SM - Eu não lembro exatamente quando o Fernando entrou lá, mas eu tenho documentações aí depois, se for o caso.

Eu tenho todo o processo de formação do currículo, eu tenho toda pasta disso.

V - Hoje eu liguei lá no Conselho, porque ontem o Sérgio me falou que vocês se reuniam dentro do Conselho Permanente de Representantes, que é da ABF?

SM - É na ABF, é dentro da ABF. É um órgão dirigente formado por representantes das regionais e diretoria da ABF.

V - O Sérgio me disse que existem as atas das reuniões

SM - É tem que ter, a ABF tem. Porque nós fazíamos.

V - Só que eu liguei lá, falei com a Secretária e ela me falou que os documentos referentes ao período anterior a 1990 ela não sabe onde estão.

SM - Eles fizeram questão de sumir...

V - Isso seria extremamente importante para mim.

SM - Mas têm várias coisas, não dá para falar, tudo um dia só, mas que dá para gente contar para você, e vou falar para você falar um pouco com a Renate também, porque a Renate foi a secretária da Associação um tempo, nós passávamos os domingos fazendo atas.

V - Se você tiver alguma coisa para mim...

SM - Eu tenho, tenho, sim. Não dá para eu te achar hoje, mas eu acho e..

Então aqui ó, uma coisa que é importante: 15 de agosto de 82, convocamos os membros da Comissão de Ensino do Departamento de Educação para reunião de urgência, certo? Qual que era a ordem do dia; elaboração do resumo de alteração do currículo mínimo em tramitação no MEC (viu?) pelo senhor relator.

Então nós ficamos em contato direto com o relator, aí eu tive a felicidade de estar, de receber o telefonema do relator num dia dizendo, o Dr. Horácio Knese de Melo, eu nunca esqueci o nome do homem,

para dizer que “nasceu o nosso filho”, ele falou, “parto duro, mas nasceu o filho”. E eu estava no aeroporto, chegando de Brasília, quando foi aprovado o novo currículo. Foi em dezembro...

V - E como foi esta aprovação dentro do Congresso?

SM - Foi no Conselho Federal de Educação, tinha um relator do processo. Cadê aquela sua cópia? Está aqui né. Tem que ver a data certinha, que é 26 de fevereiro de 83. Isso foi a publicação, porque na data que isso aqui foi aprovado ele ligou para mim...

V – Anterior? 7 de março...

SM - Então é diferente, então nesse dia foi aprovado, 26 de fevereiro, foi quando ele falou comigo e nesse dia só é que sai publicado em março, entendeu?

E foi uma alegria!... Olha, isso aqui para nós foi mais importante do que a regulamentação do Conselho, sabia? Nós ficamos tão felizes, porque resolveu essa parte que tinha, ... a gente tinha como provar para as outras classes profissionais que a gente tinha uma formação melhor.

V - E exigiria que todos fossem cumpridos, não é?

SM - E estaria exigindo isso: que os cursos fossem ter uma uniformidade, que é o mais importante ...

V – Por que até então cada um tinha a sua?

SM - É, que ainda não têm. Porque mesmo os nomes, porque os nomes foram todos sugeridos, e você tinha que fazer..., aliás, quando isso aqui foi aprovado, toda lei é assim, você já acha que isso aqui está ultrapassado, que não devia ser desse jeito. Então, “ai que pena, não deu para fazer isso, não deu para fazer aquilo”. Porque se imagina para a gente se reunir duas, ou três pessoas, você viu isso no próprio INCOR, duas ou três pessoas tinham uma idéia, se chegasse a quarta, já mudava completamente. Então, você imagina vinte pessoas, e as 9 regiões do país que estavam na época...

V - Mas foram esses vinte que organizaram?

SM - Não chegava a ser 20, eu tou falando 20, deveria ser 20!

V - Mas foram vocês que elaboraram este currículo?

SM - O currículo foi laborado por nós, elementos da diretoria, e os outros só foram participantes. Então, é baseado... a pessoa chave desse currículo é o Fernando Villar.

V - Que foi o coordenador da PUC de Campinas?

SM - Que mora em Los Angeles. Mora em Passadina, eu tenho o e-mail dele, eu te dou.

V - É mesmo? Eu podia conversar com ele...

SM - Ele vai explodir de alegria porque é motivo de muito orgulho.

V - Coisa boa né? Ele foi um idealizador...

SM - Ele é o principal, nós somos um leque de pessoas, mas ele era o cabeça de chave.

V – E essa preocupação de vocês de colocar essa parte de ciências do comportamento: sociologia, antropologia, psicologia?

SM - Então, vinha dessa formação anterior nossa de estarmos vivenciando em algumas escolas. Era o fato da gente ter aqui na USP e lá na PUCC, e as outras escolas nós fomos empurrando para que houvesse isso.

V - E a parte aqui... porque os outros, essas disciplinas...

SM - Morfológicas, morfofisiológicas e fisiológicas?

V - Esse aí é o básico? Seria a parte inicial mesmo, que vocês seguiram mais ou menos uma coisa que já existia?

SM - Para você ter essa formação de terapeuta você tinha que ter essa proporcionalidade e tudo isso que veio vindo por aí.

V - E quem decidiu essas proporções?

SM - Ah, isso foi o Conselho Federal de Educação quem definiu isso. Nós fomos sugerindo, de acordo com..., mas não pudemos definir assim...

V - Isso aí não, mas...

SM - E nós nos baseamos também aquilo que tinha vindo da Confederação (*WCPT*)... da Organização Mundial de Saúde, falava das outras entidades no mundo. E nós fizemos, na época que eu era da Associação, fizemos um estudo dos currículos, existentes nas escolas do mundo.

V - Fora do Brasil também...

SM - Da *World Confederation*. Então nós tínhamos também isso.

V - Tinha um parâmetro de fora?

SM - E não era assim sem nada. Nós tivemos muitas... foram inúmeras, inúmeras reuniões, muitos contatos, muita papelama, aquilo que eu comecei a falar dos papéis, eu e a Renate passávamos era dia e noite, domingos inteirinhos escrevendo. A gente fazia toda essa correspondência para as regionais, tinha agendas e agendas com rascunho escrito, com papelamas.

Então, esse jeitinho aqui de fazer, tem um colega que, o Alberto Galvão de Moura, que fez a homenagem para nós nos 50 anos da Fisioterapia, ele escreveu... você leu esse artigo? É muito importante para você esse aí, porque ele deu um apanhado geral, mas eu sei o que ele quer dizer de cada um, de cada parágrafo, aonde entra, e quem entra em cada parágrafo. Ele tem essa visão da importância aqui de São Paulo e mesmo ele sendo nordestino, que participaram menos da importância do currículo, que mudou tudo.

V - É essa entrada da Fisioterapia preventiva aqui?

SM - Ah, veja bem, aí nós vínhamos assim, trabalhando já, cada um de nós procurando melhorar o mercado de trabalho. Então, onde é que a gente ia atuar? Como é que a gente não ia. Então, se você faz Fisioterapia em gestante, não é doente, gestante não é doente. Então tem que ter...

V - Já não pode mais ser...

SM - Já não pode ser. Se você fizer Fisioterapia em estética, que eu fazia como estudante, não pode ser doente.

A Dayse Dantas trabalhava numa clínica de atendimentos em Salvador, então também não eram doentes.

Sabe, você tinha que ir tendo esta visão; aí, nós fomos colocando dessa maneira, atendendo às necessidades do momento.

V - Já tentando abordar isso daí.

SM - É aí, lá em Campinas, já estavam conseguindo fazer o atendimento nos postos de saúde, já começou a partir...

V - ... a mudar, não só reabilitação?

SM - Nós abolimos essa palavra. Todo lugar que você olhar sempre Fisioterapia, nós não usávamos reabilitação; nós nunca... era muito raro, tanto que quando eu ouço alguém dando uma aula sobre história da Fisioterapia, e que não sabe isso, você vê de que escola ele veio, qual foi o profissional que falou a primeira vez aquilo para ele.

Se não foi de São Paulo, se não foi a Campinas, não sabe. Não sabe, a pessoa fala primeiro reabilitação.

V - Agora assim, o fato de vocês, essa idéia de agregar por exemplo as disciplinas: neuromusculoesquelética...

SM - Isso foi porque você não podia colocar tudo que nós queríamos, tinha que usar o que o Conselho aprovava, e esse relator, que era médico, ele foi orientando para gente como é que a linguagem que seria aprovado.

V - E essa divisão em disciplinas cardiorrespiratória, ... vocês não viam isso como uma forma de fragmentar muito a formação do aluno?

SM - Não. Aqui nós víamos o contrário, se a gente tivesse dentro do currículo as diversas especialidades médicas, vamos dizer assim, nós tínhamos como estar atuando também como eles, porque o que eles diziam, vamos dizer nessa época aí, os fisiatras, que só o fisiatra podia falar que atendia em todas as áreas e o fisioterapeuta era um mero executor e não estaria podendo atuar. Você não poderia trabalhar num consultório de um cardiologista, tinha que ser um fisiatra, então o cardiologista mandava para um fisiatra, que escolhia você.

V - Então a intenção era justamente capacitar o aluno...

SM - Então, nós já estávamos nessa briga, você viu que é tudo junto, tem haver com a briga do fisiatra, então nós sabíamos que nós tínhamos que dar essa visão de fisioterapia e não de reabilitação, então, precisava mudar essas... o que estava mais em evidência? Era o fisioterapeuta começando no INCOR, era o fisioterapeuta

começando no... na Ortopedia sempre esteve (né), na neuro sempre esteve, aí nós tínhamos que ir para as outras... bom, se estava na Cardio estava na Pneumo. Bom, na pneumo esteve também durante um período, sabe aquela Dra. Deise, “antiga pra burro”, até eu tive aula com ela, imagina há 30 anos atrás.

V - Mas, não era a mesma coisa que é hoje...

SM - Não era a mesma coisa, mas você fazia aquela Fisioterapia que, por exemplo: eu trabalhando no HC eu não podia mexer em nenhum equipamento respirador, nem aprendi disso, nem sabia o que era isso, e já tive meus estagiários querendo mexer, eu falei: “olha nós só não podemos porque é dessa maneira, daqui a pouco vamos poder”.

Então a turma da Leila Navarro, da Cleonice, nossa, eu segurava a mão das meninas para elas não porém a mão no respirador na PI, eu estava na PI, lá da Ortopedia. Aquele monte de criança com aqueles pulmõezinhos, teve criança no pulmão de aço enquanto eu estava lá, imagine só.

Quer dizer, eu atendi PI, atendi adulto com PI; o primeiro físico nuclear brasileiro pegou poliomielite voltando para o Brasil passando pela Bolívia, ficou paralisado inteirinho, só movimentando o dedinho. Calos era o nome dele, ele mora em São José dos Campos.

E teve uma moça, uma arquiteta de Recife, Maria Petribu, essa eu nunca esqueço o sobrenome, foi a Londres procurar terapia.

V – Que memória ótima!

SM - O nome da minha turma, eu sei o de todo mundo inteiro, dos vinte e três.

E que mais aqui. Então está na Ortopedia, está na Córdio, na GO. Então, GO era esse pessoal que eu falei, pouca gente, mas a gente queria incrementar. Depois, fisio aplicada à Pediatria.

Veja, quando ainda era estudante, tivemos a Semana de Pediatria, consegui fazer um trabalho, com o Dr. Mário Pontes, mostrando para ele que a Fisioterapia poderia ajudar muito o criança sair mais depressa do hospital. Nem sei onde isso se perdeu, eu entreguei para ele na época, não sabia que essas coisas poderiam ser úteis. Mas eu lembrei isso várias vezes com ele, foi até gostoso. Porque ele estava criando a Instituto da Criança, então, ele bolou o primeiro quadro de fisioterapeutas em cima daquilo que eu estava falando, porque eu gostei tanto do curso dele, sabe eu achei..., porque quando eu falava que eu ia fazer Medicina, eu dizia que eu ia fazer Pediatria, e o que eu menos trabalhei na minha vida foi com criança, ironia.

V - Mudou completamente.

SM - Mudei completamente, mas trabalhei muito no HC com criança, mas nunca como eu achava que fosse trabalhar.

Mas o que eu fiz nesse trabalho para ele, nossa, o dia que ele mostrou que estava chamando um bando de fisioterapeutas no quadro, eu explodi de alegria.

V - Uma grande satisfação.

SM - E a Luli, que ficou lá antes, você conheceu a Luli? Ela se aposentou no Instituto da Criança.

V - Não

SM - Ela veio me visitar, ela esteve muito doente, Lucila é o nome dela o apelido é Luli.

Continuando, Fisio aplicada às condições sanitárias, fisio preventiva, que é essa história, que eu estou te falando, dos Postos de Saúde.

Depois, estágios supervisionados, onde há prática de Fisioterapia supervisionada, então, a gente sabia dessa importância e de que previsava ser mesmo no último ano, isso a gente já tinha resolvido. Mesma coisa do TO.

Vamos voltar aqui. Formação geral: a ética e a deontologia, que a gente sempre viu, eu tive por exemplo ética e deontologia no primeiro ano, o Eugênio fez a gente fazer o conhecimento do Campus, nós tínhamos que ir em cada Instituto visitar, saber o funcionamento, conhecer os funcionários, escrever o trabalho, apresentar para os colegas, fizemos essa troca.

Eu fiz exatamente o Instituto Médico Legal, o que o fisioterapeuta ia precisar de assistir as autópsias, fiz ficha, que para aluno de primeiro ano o que que é? Copiar, então copiar ficha de autópsia, mais para... mas foi útil, porque nós soubemos exatamente o porque que você faz tanta coisa. Na psiquiatria, porque que era, sabe, nós conseguimos isso. Nós conseguimos mostrar que o fisioterapeuta podia trabalhar na psiquiatria, porque antes era só a TO.

V - O TO começou mais dentro do psiquiatra?

SM - É. Era só Psiquiatria, coitados, não, também trabalhava com criança mas, com adulto era psiquiatria. Depois, também nos amputados de membro superior.

Então, eu não sei se ele falou sobre isso, o Eugênio é que teve mais experiência do Instituto de Reabilitação, que tinha essa formação vinda do pós-guerra, daqueles, reabilitar aquelas pessoas muito deficientes. Então, muito da polio. Então o próprio Assis Chateaubrian que era.. teve uma poliomielite.

V - Eu não sabia não.

SM - O Eugênio foi o fisioterapeuta dele, do Assis Chateaubrian, quem iniciou a TV no Brasil.

V - Ele não me contou não.

SM - É, ele foi o fisioterapeuta dele. E tinha muitos casos de polio. Então, se eu atendo, se hoje eu tenho um paciente com seqüela de pólio, ele tem 40 e pouco anos, e ele foi quando adolescente ele foi para os Estados Unidos, estudou lá, e voltou há 10 anos ele está no Brasil, e nunca fez Fisioterapia. Nunca fez, mas ele sempre nadou muito, e fez aquele Polo Aquático. Então ele tem umas costas destes tamanho, tem tudo assim desenvolvido, e só tem a seqüela aparente em um membro inferior, mas especificamente quadríceps e tibial, mas se você olhar de roupa, você sabe que ele tem uma seqüela, mas não identifica... acho que fisioterapeuta é que sabe, né? É uma seqüela que você vai ficar assim: "acho que é polio". Eu sei porque atendi muitos, e vi muitos desses sequelados e depois os novinhos, as criancinhas. Eu ainda fiz no HC aquela história dos desenhinhos, que a gente tinha que fazer aquele risquinho vermelho, você fez isso?

V - Não

SM - Tinha a impressão de um bebê na ficha do paciente. Aí você usava o lápis de cor vermelho para colocar a lesão, se era geral ou não, e que grupo muscular. Então, do tibial, deltóide, tinha um lapizinho vermelho, então você fazia tantas cruces ou tantos risquinhos. As primeiras fichas de avaliação de Fisioterapia eram dessa forma, idealizável e tudo o mais.

E nós, nessa época já fizemos compilação de fichas, da AACD, disso, daquilo, tudo para poder fazer as nossas fichas de avaliação. Depois de muitos anos, em 78 eu fiz a primeira ficha de avaliação pegando todos os dados. Eu fiz a minha de clínica.

V - Da clínica?

SM - É, a clínica. Que depois eu levei para FZL, que era ainda, antes de ser UNICID. Então eu levei para lá, idealizando, fazendo os testes musculares, colocando o nome do..., porque é facilidade para o aluno, está lá o nome.

V - Aí é fácil, né?

SM - Agora também pode fazer até pelo computador, mas era uma maneira também de você aprender; aprender e insistir que você precisava estudar, então foi muito interessante. Que mais? Pergunta.

V - A metodologia também surge aí?

SM - A metodologia é a necessidade de você colocar como disciplina para você ir para pesquisa e poder ter uma pós graduação posteriormente.

V - Por que até então não tinha?

SM - Não se falava nada. Só nessa época é que surgiu.

V - Mas foi nessa fase, e não foi um imposição do MEC, eles não exigiam isso?

SM - Não, não é o MEC que exigiu. É que a gente analisando, nós sabíamos que se não tivéssemos isso não teria. Porque tudo nós fomos ver as outras áreas que existia, a gente foi atrás para saber. O MEC não nos orientava.

V - E tinha a participação dos terapeutas ocupacionais nessas discussões:

SM - Mínima, algumas do currículo, mínima. Mas o Fernando, a mulher dele era TO, é TO, a Irene. E ela trabalhou na PUCC como TO, então ela estava muito junto. Foi só isso.

V - Porque os alunos questionam muito o porquê da fisioterapia junto com a terapia ocupacional?

SM - Porque primeiro que nasceram juntas...

V - No decreto?

SM - Não, nasceram juntas lá no IR, nós nascemos juntas, tanto aqui quanto no Rio naquele Instituto Nacional, lá nós nascemos juntos.

Era Instituto de Reabilitação, Fisio, Fono e TO, ainda tinha locomoção e tinha ortóptica, depois essas coisas, foram se perdendo. Mas a Sônia deve ter te falado que um Conselho de Agronomia foi cancelado por

não ter um número, nós tivemos essa informação logo que o nosso Conselho ia sair, lá no Ministério até, que o Conselho de Agronomia tinha sido fechado porque não tinha o número de profissionais suficientes. Então mais do que de depressa acrescentamos as T.O.

V - Se não, não podia nem ter o Conselho?

SM - Podia não ter aprovação. Então unindo Fisio e TO nós tínhamos aproximadamente, falava-se, não sei se a gente falava 2000 na época, eu acho que era isso. Para poder ter.

V – Mas nunca teve problemas de estar junto?

SM - Teve sim, teve exatamente porque não haver um trabalho desse grupo de terapeutas ocupacionais da época que eram pouquíssimas, e continuam sendo, que eram poucas lá, elas faziam algumas coisas, mas nunca como nós.

Nunca teve uma Associação de TO que fizesse, que trabalhasse dessa forma, que estudasse dessa forma, que se empenhasse dessa forma.

V - A fisioterapia então, podemos usar esse termo, “carregou’ um pouco a TO?

SM - Carregamos. Principalmente nessa parte legal.

Intervalo

SM - Em 1982 foi a 1ª vez que o Brasil participou oficialmente do Congresso Internacional da *World Confederation*. Então, eu fui representando o Brasil, e podia levar uma outra pessoa, então dessa vez foi o contrário, a Sônia Gusman foi convidada.

V - Inverteu?

SM - É, inverteu.

Aí, foi muito interessante porque eu fiquei... foi a maior emoção da minha vida, em dois momentos: um é que nós tínhamos um questionário para preencher, todas as Associações colocando um estudo das escolas do seu país. E nós respondemos todas as questões, nós colocamos tudo direitinho, só que nós não tínhamos dinheiro, nós só fizemos isso em papel sulfite e colocamos num painelzinho, que nem criança mesmo na escola primária, isso foi a 1ª vez que o Brasil esteve presente na Confederação Mundial, mostrando um estande, com todas as respostas que eles queriam. E tinham pessoas vendo, lendo, viamos que não tinham brasileiros, eram estrangeiros. Emocionava.

O segundo momento de muita emoção, foi na hora que colocaram o nome do Brasil na mesa que estava ao lado da Áustria. Então é um negócio assim chocante. E aí entraram os cadetes com as bandeiras dos países e montaram aquele... foi o negócio mais lindo que eu já pude participar, emocionante demais.

E o outro momento de muita emoção foi quando houve assim, a hora de você votar, o Brasil votava pela nossa proporcionalidade, um voto similar aos Estados Unidos, que era o supra sumo.

Nossa! Me arrepiava até hoje, mas foi muito lindo. E a outra coisa linda foi que nós tivemos uma festa típica, feita numa praça, tudo na Europa é assim, em praça pública, nós tínhamos que levar fantasias do país. Então eu botei uma fantasia de baiana, minha mãe que fez para mim uma fantasia de renda branca, com turbante de baiana e tudo, e lá fui eu. Imagine que eu fui assim..., me sentia a própria Carmem Miranda, fotografada no caminho até chegar na praça, tinha que ir à pé, a gente estava na Europa, foi incrível, eles me paravam pra fotografar, os estrangeiros de outros países, não apenas os suecos.

V - Mas estava chique mesmo!

SM - Quando eu cheguei lá, num determinado momento, eles pediram para eu subir ao palco, então aí perguntaram de que país eu era, etc..

Aí, eles queriam que eu cantasse uma música típica do Brasil. Todos se apresentam como danças típicas e música. Falei: “impossível, porque aqui ninguém tem... além de eu nem saber cantar, ninguém sabe tocar o nosso ritmo nos instrumentos que vocês têm”. Um músico virou aquele grandão assim, aquele violoncelo e começou a batucar atrás um samba.

Intervalo

SM - Foi nesse V Congresso, Valéria, aconteceu uma coisa maravilhosa, o Ruy, além de Fisioterapia ele fez Marketing, e por isso depois ele foi trabalhar com o Fernando Collor de Melo, porque ele deixou da Fisioterapia. Ele bolou um jornal que funcionava durante o Congresso, hoje em dia existe isso, mas na época não existia, e dava as notícias do evento.

E aí uma coisa que eu queria te contar, depois que eu cheguei do Congresso Internacional, eu fui para Paraíba, num encontro lá. E fui contar como foi a participação do Brasil. Então, eu tenho até hoje uma entrevista, é no V Encontro Nordestino de Fisioterapia e TO, João Pessoa, em 82; eles perguntando quando foi criada a Associação, quais as principais metas, lutas, vitórias, quais os setores mais promissores. Você vê que as perguntas, são anos e anos, são as mesmas. “Como você está vendo a importância do Congresso?” “a realidade da Fisioterapia”, “e no exterior, como está sendo vista a Fisioterapia atualmente?”, “como foi a participação da ABF? Se eu teria alguma coisa a dizer aos estudantes?”.

V - Interessante, né?! Até hoje, eu estou fazendo as mesmas perguntas (risos).

SM - É incrível

V - Depois de quase 20 anos.

SM - As mesmas coisas mesmo, a gente vê que existe.

E nessa ocasião, eu dei continuidade a um trabalho que o Eugênio tinha feito de, do levantamento das entidades da *World Confederation* com os currículos, então nós fizemos também uma análise. Eu eu não tenho isso, quer dizer, eu devo ter, só não sei onde está. Posso até, com o passar do tempo, dar uma verificada, porque eu apresentei também lá, aquela proporcionalidade que tem num artigo bem antigo, que você já deve ter visto, ele dizia: “o Brasil precisa de tantos mil profissionais fisioterapeutas”, você já viu?

V - Não, não cheguei a ver esse não.

SM - Isso também é antiquíssimo, que ele deixou como relíquia para a Fisioterapia.

O que eu posso fazer, é te emprestar essa pasta, e você vê o que você acha interessante xerocar. Você tem que ver hoje a noite para xerocar amanhã.

V - Vale a pena copiar o máximo.

SM - Agora, esses jornalzinhos da ABF, esses são interessantes, porque vão te dizer coisas ó “mercado de trabalho, realidade atual”, tem esses editorial escrito, sempre, você vê que tinha o dedinho de cada um; e se você tiver olhando assim, você vai ver que tem os nomes de gente.

Mas, nós nunca nos preocupamos de ficar colocando as fotos, nem sempre, e nisso aqui você vai ver também uma evolução dos cursos, como é que a fisioterapia esportiva foi surgindo; como foi surgindo, olha. Curso de pós-graduação em Educação.

V - Isso vai ser muito homem, porque é isso mesmo, é a evolução.

SM - A evolução é isso aqui.

A pasta de currículo, ementas eu separei, está em outro lugar, encaixotei tudo, desde que eu saí da UNIP. Eu preciso procurar, eu nem me lembrei que você poderia precisar desta pasta.

V - Não, mas não tem problema depois... só que eu não vou recusar o dia que você encontrar, eu vejo uma forma de pegá-los.

Eu te agradeço muito essas valiosas informações e espero poder fazer um bom trabalho.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome: _____

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

- () Fisioterapia – 2 anos
(x) Fisioterapia – 3 anos
() Fisioterapia – 4 anos

Local FMUSP

Ano de conclusão: 1972

() Outros Cursos – Quais? _____

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?
(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua
formação? Cite algumas razões.

- 1- HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA - EUGÊNIO SANCHEZ
2- FUNDAMENTOS DA FISIOTERAPIA - EUGÊNIO SANCHEZ
3- CINESIOTERAPIA - DANILO DEFINE

1 e 2: A vibração contida na "realidade" da Fisioterapia que o Prof. Eugênio sempre transmite e a seriedade e profissionalismo que nos ensinou
3 - O verdadeiro "artesanato" que emanava de seu toque terapêutico me fascinava.

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

OS DOIS CITADOS ANTERIORMENTE

O PRAZER DE TER CONHECIDO MARGARETH KNOTT
E MARGARETH MOOD 5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

(2) Inglaterra (6) Estados Unidos

(3) Alemanha (4) França

(5) outras SUECIA

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

(2) acidentados

(1) doenças congênitas

(3) Pré ou pós operatórios

(4) outras POLIOMIELITE

7- O curso realizado valorizava mais a:

() prática () teoria (X) ambas

Por quê? Saindo de uma formação técnica e aumentando a parte científica quando passou a nível superior

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(X) sim. Quais? CIÊNCIAS BIOLÓGICAS - FARMACOLOGIA

Localidade UNIP

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: HOSPITAL DAS CLINICAS FMUSP

Ano: 1973

Área: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

(x) não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

MUITO BOA

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

MELHORANDO A CADA ANO QUE PASSA

13- Participa de entidades profissionais?

() não

() sim - Quais? _____

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPEUTAS
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE FISIOTERAPEUTAS

15- Como foram organizadas?

ATRAVÉS DE PIONEIROS COMO EUGÊNIO
SANCHEZ, CARMEM DE MORAIS E OUTROS
QUE TIVERAM A VISÃO ANTECIPADA DA
IMPORTÂNCIA DAS ENTIDADES PARA A PROFISSÃO

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

AGREGAR OS PROFISSIONAIS FISIOTERAPEUTAS
E REPRESENTÁ-LOS DIANTE DE OUTRAS
CLASSES PROFISSIONAIS ESPECIALMENTE
DA ÁREA DA SAÚDE / DIVULGAR A FISIOTERAPIA
BRASILEIRA AOS OUTROS PAÍSES ATRAVÉS DA
WCPT / MELHORAR A FORMAÇÃO CIENTÍFICO
CULTURAL DO FISIOTERAPEUTA

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

QUANDO PARTICPEI DA ABF
CONTHEI 9 ENTIDADES REGIONAIS
NO INÍCIO DA PROFISSÃO SEI QUE
SP E RJ ERAM OS DOIS ESTADOS
QUE MAIS ATUAVAM PORQUE NELES
NASCEAM OS WRGOS PROFISSIONAIS

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

sim – Quais? _____

não

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

não

sim

Como?

ATRAVÉS DA COMISSÃO DE ENSINO QUE FOI A
RESPONSÁVEL PELA ALTERAÇÃO DO CURRÍCULO
MÍNIMO DO MEC

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

não

sim

Como _____

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: MUITO ACEITAS E HIPEVALORIZADAS EM ALGUNS CENTROS DO PAÍS

Influências internas: FLUTUANTE, POR EXEMPLO SERMOS (OUTEROSIDOS?) O PAÍS DO FUTEBOL PROPICIOU UM INCREMENTO DA FISIOT-DESPORTIVA

Conquistas:

- REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL
- CRIAÇÃO E FORMAÇÃO DE CURSOS QUE POSSIBILITARAM O CRESCIMENTO DA FISIOTERAPIA BRASILEIRA

Frustrações:

- NÃO TER POSSIBILIDADES DE MANTER O NÍVEL PROFISSIONAL ALMEJADO PELA CLASSE EM TODAS UNIVERSIDADES

Objetivos:

CONTINUAR EXERCENDO DIGNAMENTE
MEU TRABALHO

Desafios:

A PESAR DE EXISTIREM PROFISSIONAIS
SEM SERIEDADE PROFISSIONAL MOSTRAR
SEMPRE COMO A FISIOTERAPIA É
MARAVILHOSA

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

POSITIVA, DEVE-SE
LEMBRAR SEMPRE QUE O CURRÍCULO
DEVE SER DINÂMICO.

Obrigada

**ANEXO 8 - ENTREVISTA COM FERNANDO ANTÔNIO DOS SANTOS
VILLAR**

1- Gostaria que você iniciasse falando-me sobre a sua formação, a escolha pela fisioterapia, o curso em si (professores, metodologia, disciplinas, aulas práticas), quais eram as expectativas e os discursos.

Minha escolha pela fisioterapia foi num rasgo de paixão. Estava fazendo vestibular para Medicina e já tinha vaga na Odontologia da UFMG. Encontrei um amigo de cursinho que já estava no segundo ano de fisio e ele me falou da profissão, do curso, de como estava satisfeito com a escolha. Eu e outro amigo de infância, estávamos no mesmo barco, a procura de uma profissão. A esta altura eu estava na lista de espera da medicina, com boas chances de entrar. Fomos conhecer a escola (FCMMG) e nos inscrevemos no vestibular. Passamos e iniciamos o curso. Estava meio lá, meio cá achando que tinha feito uma bobeira. Mas aí me tornei um lutador, ativista pela causa da profissão. O resto é história nestes 27 anos de profissão.

O curso era puxado nas matérias básicas e cinesiologia. Deixou a desejar na Fisioterapia geral (Eletro, termo, cinesio, masso, hidro, mecano), mas ficou muito bom na parte das cadeiras clínicas e Fisio aplicada. O bom mesmo foi o estágio, onde participamos ou melhor implantamos o serviço de fisio da Santa Casa de BH, até então inexistente, fruto de nosso trabalho com o professor José de Araujo, da disciplina neurologia. Muito antes de a FCMMG iniciar o contato com a instituição nós – parte de turma de 73 – já estávamos lá, desbravando o sertão. Não tínhamos equipamentos, que compramos depois, só nossa vontade e nossas mãos. Aí entendi o que era a fisio, a relação terapêutica, a interação pessoal, o cerne de minha profissão. Não vacilei mais a respeito de minha escolha.

Na verdade os professores foram mentores em algumas fases (Nicola, Marilda, Maria Helena, Heloisa, Emil – todos fisios –) mas nós tínhamos uma grande parte do poder de decisão, porque nos lançamos no campo, dispostos a fazer, a praticar. Estudávamos e liamos bastante. O trabalho de atendimento aos pacientes, antes de ser estágio era puramente voluntário, incluindo equipes de dois, três estudantes, inclusive sábados e domingos. Reuníamos (14 colegas) todas as segundas para tomar os novos encaminhamentos e as rotações uma vez que atendíamos dois hospitais (Santa Casa e Santa Mônica, ligados a neuro, CTI e ortopedia). A direção dos hospitais nos deu carta branca e em dois anos de treinamento o serviço só cresceu. Estes 14 colegas se tornaram referência na Fisioterapia brasileira.

A metodologia era estudo teórico, em grupo, seminários organizados por nos mesmos e sobretudo mão na massa.

2- Como era o aluno de fisioterapia e como ele ingressava no curso?

Eram todos vestibulandos de área de saúde. Muito poucos como primeira opção. A maioria não tinha muita noção no começo, mas sofria a transformação já no primeiro ano, pelo exemplo da turma anterior. Houve desistências, mas muito poucas. Em Minas, a maioria era masculina ou empate. A gente tinha que sobreviver da atividade. Daí maior luta por um lugar ao sol. O ingresso era pelo vestibular anual, para 30 vagas. A ENUR desempenhou um papel muito importante em nossa formação naquela época de ditadura.

3- Descreva-me sobre o histórico da criação dos cursos de fisioterapia no Brasil.

No final da década de 50 e início dos anos 60, alguns médicos brasileiros voltaram de treinamento em Medicina Física e Reabilitação em Institutos como o Rusk em N. York. A OMS e a OPS ajudaram na implantação de centros de reabilitação (Associação Mineira de Reabilitação, AACD SP, ABBR Rio) e promoveram programas de formação de professores(Eugênio Sanches e Danilo Define são exemplos em SP) para as carreiras profissionais necessárias para o treinamento de especialistas no campo de reabilitação, notadamente técnicos em fisio e to. Os grandes centros de disseminação da nova especialidade médica (reabilitação) e das carreiras paramédicas (fisio, to, fono) eram Rio, SP e BH. Também Recife e P.Alegre eram centros no campo. Estas instituições ABBR Rio, USP-SP (departamento de ortopedia, a medicina física não era reconhecida ainda; a fisioterapia é mais nova) e Arapiara-FCMMG, BH foram as primeiras instituições a criar o curso de formação de profissionais de reabilitação, de acordo com currículos em voga no exterior, ou melhor na América Latina, mas livres no contexto de estabelecer os conteúdos, porque até então não havia parâmetro no sistema educacional brasileiro. Em Minas o Dr. Lucas Machado, após ouvir uma comissão predominantemente médica, criou o curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que se diferenciou dos similares da USP e ABBR (e Recife também) porque era ministrado em quatro anos. A profissão foi regulamentada em 69, e também é desta época o primeiro currículo mínimo.

4- Já como professor/coordenador, quais eram os objetivos dos cursos? Que tipo de profissional pretendia se formar?

Iniciei como professor de Fisioterapia em 76, convidado pela PUC-CAMP para reformular o currículo de formação em Fisio. Minha esposa foi contratada para fazer o mesmo para a Terapia Ocupacional. No início do ano eu tinha tido a experiência como curso de especialização em Kabat, o primeiro no Brasil nesta área. Já

havia o Bobath com a Sônia em SP. Até então a Fisio no Brasil era meio receita de bolo, tecnologia importada, não tinha muita substancia. O aprendizado do método, menos pelas manobras, mas sobretudo pela neurofisiologia em que embasava mudou a minha cabeça. Não que tivesse um fundamento teórico muito grande, mas pelo que o professor, um argentino que se treinara com Margareth Knott em Valejo, Califórnia, deixou no ar, que tinha um fundamento científico muito grande, que tinha muito mais a ser descoberto, que tinha raízes mais profundas, a certeza (?!!) dos resultados, o arsenal terapêutico totalmente novo, capaz de lidar com problemas como espasticidade, paralisia, treinamento funcional. Comecei a estudar a teoria, comprei os livros, escrevi para Margareth Knott e fui aceito para fazer o curso em Valejo. Não tinha dinheiro e ninguém dava bolsa para fisioterapeuta naquela época. Entretanto os anos de ativismo na faculdade, a briga pela melhor formação do fisioterapeuta durante meu último ano de escola, enquadrando o profissional como profissional de saúde e não como técnico de reabilitação me capacitariam em parte para enfrentar o desafio. Eu era um bom clínico mas não sabia nada de educação profissional. No segundo ano de PUCC, já como coordenador, participei com o grupo de professores de um curso de aperfeiçoamento em técnicas didáticas promovido pelo Hospital São Camilo em SP. A partir daí tive a idéia fixa de fazer o mestrado e doutorado para desempenhar com competência a minha função. Isto só se concretizou em 87 e 95, quando já estava na Paraíba. Entretanto todo este processo de autoestudo, vivência, debate e liderança levou a um estudo do qual participaram os professores e alunos da PUCC, na transformação do currículo em termos de disciplinas e duração (4 anos). Estudei vários modelos dos Estados Unidos e da Europa (Suécia, Inglaterra) e Israel para propor o modelo da PUCC. Negocie o produto final com a Universidade que o autorizou. A partir daquele momento a PUCC passou a formar fisioterapeutas – profissionais de saúde capacitados a atender as necessidades de saúde da população em três níveis: prevenção, cura e reabilitação. O currículo tinha um conteúdo teórico, que diferenciava o profissional, e era seguido na prática tanto na prática de laboratório, quanto no estágio, desenvolvido em quase todos os hospitais de Campinas, clínicas e instituições da região. Pela primeira vez, um curso tinha 25 fisioterapeutas contratados em regime integral ou semi-integral para lecionar disciplinas específicas e supervisionar alunos em prática terapêutica. Pressão foi criada para a inclusão do programa no Hospital Universitário e para integração do corpo docente nos quadros profissionais da área de saúde.

5-Quais eram os discursos e as práticas curriculares?

Sendo a PUCC uma universidade católica tínhamos de seguir um discurso principal, da universidade, e montar um currículo compatível com uma formação humanista e técnica apropriada para a profissão. Isto seria dentro do modelo praticado entre 1976 e 1981.

6- Quais foram as necessidades que levaram à mudança curricular ou melhor, porque a necessidade do 2º currículo (em níveis econômico, social e político)?

As necessidades foram pela ordem: afirmação profissional, afirmação social e política, afirmação econômica. O currículo de 69 então vigente se limitava ao mínimo dos mínimos e não prescrevia nenhuma formação de qualidade ou quantidade em fundamentos tradicionais das carreiras de saúde tais como: anatomia, fisiologia, patologia, disciplinas clínicas, psicologia, etc. Para as instituições de ensino era muito fácil montar um curso de fisio ou to, com base no que o currículo mínimo estabelecia. Isto era a regra na época. Nenhuma preocupação havia com laboratórios, estágios supervisionados. Tanto que na PUCC pré 76, quando um fisiatra era o coordenador, havia entre 250 a 450 alunos, em duas turmas, com vestibulares anuais para 200 vagas. O curso não tinha um só laboratório e as aulas práticas e estágios eram ministrados na clínica do coordenador. Este era o caos principal, do qual nascia toda a sorte de discrepâncias.

A necessidade de um novo currículo era primordial para o fisioterapeuta para defini-lo profissionalmente, numa primeira etapa. Não tínhamos Coffito para nos defender. Num nível mais elevado, procurava mostrar às Instituições de Ensino que tinham ou pretendiam ter o curso a complexidade da formação deste novo profissional, a necessidade de investimentos adequados tanto em termos de espaço, equipamento e recursos humanos, como também de inserção na comunidade e prestação de serviços. Depois tinha a clientela, presente e futura, que procurava a instituição e que queria um produto de qualidade (com todas as implicações que isto trás)

7- Houve alguma preocupação em defender um currículo de orientação humanista, ou os argumentos eram mais favoráveis a uma educação mais científica e técnica?

A preocupação era com as duas vertentes. O currículo se propunha a demonstrar este modelo de profissional a ser formado. Todas duas foram pesadas igualmente e determinaram o perfil do profissional a ser treinado.

Quanto ao currículo de 83:

Quem participou do processo de elaboração?

Na PUCC : o coordenador (FASV), o corpo docente, dividido em núcleos de disciplinas, com representantes dos alunos. Na ABF/Coffito – currículo de 1982- eu como coordenador da comissão de ensino da

ABF esteve em todas as etapas do trabalho e todos os coordenadores de curso que participaram (nem todos podiam ou tinham os recursos para se deslocar para SP de tempos em tempos) das reuniões preparatórias (coordenadores da USP, Piracicaba, Campinas, UFMG, Curitiba, Pernambuco, Fortaleza) membros da diretoria da ABF e presidente do COFFITO. O trabalho culminou com a apresentação da solicitação e proposta de currículo ao CFE, cujo relator se reuniu com o grupo da Fisioterapia pelo menos por duas vezes antes de seu parecer, bem como com a oposição médica. Em tempo o relator era médico e foi favorável à nossa solicitação.

Que modelos foram adotados?

O modelo americano de formação profissional do fisioterapeuta em nível universitário, o modelo sueco, que prima pela autonomia profissional e aspectos de formação humanística e terapêutica em países da Europa (França, Inglaterra, Alemanha, Holanda) serviram de base para a formulação da parte acadêmica, prática e clínica.

Qual o objetivo de dividi-lo em ciclos?

Evidenciar as duas etapas da formação: 1) básica: estrutura, função, disfunção, incluindo principalmente análise e entendimento do movimento e postura humanos, o que era o específico nesta etapa, bem como metodologia e arsenal terapêutico. Tudo teórico e prático. 2) Terapêutica: patofisiologia especial (cadeiras clínicas), intervenção terapêutica – incluindo avaliação e tratamento, estágio supervisionado em prática terapêutica. Também teórico e prático, com maior ênfase em solução de problemas e prática no período de estágio (1 ano)

Por que a divisão em áreas clínicas?

Para evidenciar a complexidade da área, e principalmente para estabelecer definitivamente o profissional com capacidade de atender a diferentes níveis de atenção ao cliente. Era a base para a futura especialização. É importante salientar que tentava se impor um modelo da visão de fisioterapia a respeito das especialidades. A Fisioterapia era classificada para disfunções músculo-esqueléticas, neuromusculares, cardiorespiratórias e pediátricas, salientando as grandes correntes/especializações da área.

Por que 4 anos?

No Brasil, infelizmente nos idos dos anos 70 e 80, um curso para ter posição social ou ser procurado, ou ter respeito precisava ser de pelo menos quatro anos. Esta foi a maior razão. Secundariamente se observou que era impossível desenvolver um curso de mais de 3200 hrs (caso do novo currículo) em 3 anos.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE VALÉRIA RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

Fernando Antônio dos Santos Villar

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

() Fisioterapia – 2 anos

() Fisioterapia – 3 anos

(x) Fisioterapia – 4 anos

Local Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte –MG

Ano de conclusão: __1973

(x) Outros Cursos – Quais? Especialização em Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva – Kabat, Local: Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG, 1976
Mestrado em Fisioterapia e Doutorado em Biocinesiologia, Fisioterapia e Neurociências, ambos na University of Southern California, Los Angeles, California, USA (1987 e 1995 respectivamente)

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional? (Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

Anatomia e Neuroanatomia – professores médicos – cirurgião geral e neurocirurgião_

Cinesiologia__ - fisiatra

Fisioterapia Geral englobando Cinesioterapia, Massoterapia, Hidroterapia, Mecanoterapia e Eletroterapia – todos professores eram fisioterapeutas, exceção de eletroterapia e mecanoterapia que eram fisiatras

Fisioterapia Aplicada em todas as especialidades clínicas, todos os professores eram fisioterapeutas.

Fisiologia o professor era além de médico pesquisador universitário

Estágios Supervisionados – todos os supervisores eram fisioterapeutas.

Psicologia humana - os professores eram psicólogos

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua formação? Cite algumas razões.

Professor Cristiano Machado, Anatomia, entusiasmo ao ensinar os meandros do corpo humano e as aulas de dissecação

Prof. Renan, Fisiologia, curso muito intenso e árduo, onde éramos desafiados todos os dias para produzir o melhor de nós mesmos, a responsabilidade ensinada no sentido da independência na procura do conhecimento, o respeito do professor por nossa área profissional, as aulas práticas de experimentação fisiológica, sobretudo o sistema cardio-respiratório e o sistema nervoso.

Professor Nicola Lettieri, Fisioterapia Geral, Massoterapia, Manipulação e Fisioterapia Aplicada, Prótese e Órtese. Com este indivíduo, a quem todos os alunos devotavam um profundo desrespeito porque ele trabalhava no Hospital Arapiara, junto com os fisiatras que nos perseguiram, aprendi a habilidade manual nos procedimentos fisioterápicos.

Professora Marilda Brito, Estágio supervisionado em Ortopedia e Traumatologia. Aprendi com seu carisma e emoção, a habilidade clínica para avaliar, diagnosticar e tratar em Fisioterapia

Professoras Ana Lúcia e Riva, Psicologia, comecei a entender a complexidade do comportamento humano e que não havia barreiras no conhecimento a ser adquirido, num tempo em que se quis limitar ao máximo o nosso acesso ao saber

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

Dr. Erton Xavier Pinheiro, fisioterapeuta, um dos primeiros egressos da FCMMG-curso de Fisioterapia, que foi o primeiro estudante ativista, em Minas Gerais, iniciando todo o processo de mudança que ocorreu nos anos seguintes. Vive e trabalha em Juiz de Fora.

Profa. Maria Lúcia Paixão – a primeira fisioterapeuta a sair do país, para a Alemanha, e voltar narrando as experiências. Ela atuava principalmente com Neuro e pediatria. Atualmente é professora da UFMG. Foi a implantadora do curso desta Universidade.

Dr. Rui Chamone, TO, o representante da Terapia Ocupacional, no mesmo nível do anterior.

Dra. Marilda Ferreira de Brito, fisioterapeuta mencionada acima

Margareth Knott, fisioterapeuta co-autora do FNP, através de livros

Ute (não me recordo o sobrenome) fisioterapeuta alemã que nos ensinou (a mim e alguns colegas) as bases da cinesiomassoterapia (massagem do tecido conjuntivo, mobilização, exercícios).

Dr. José de Araújo, Neurologista e neurocirurgião, professor, que nos abriu as portas de seu serviço em três hospitais de BH, quando estávamos no terceiro ano de faculdade, cursando sua disciplina, porque entendeu o sentido do que fazíamos e a necessidade de proporcionar ao paciente neurológico a intervenção precoce em Fisioterapia. Ele contribuiu para a formação de uma mentalidade, que me norteou em todos os momentos como profissional e educador. Principalmente no aspecto da intervenção primária (não só no momento da reabilitação, no aspecto do fisioterapeuta como profissional de saúde, na necessidade de um profundo conhecimento clínico em ciências médicas para desenvolver nossa atividade terapêutica.)

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

- (3) Inglaterra (1) Estados Unidos
 (4) Alemanha (2) França
 (5) outras__ Israel – Suécia

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

- (5) acidentados
 (3) doenças congênitas
 (4) Pré ou pós operatórios
 (1) outras __ Grandes lesados.
 (2) ortopedia e neurologia

7- O curso realizado valorizava mais a:

- () prática () teoria (x) ambas

Por quê? _Foi o primeiro curso de 4 anos no Brasil e porque não se tinha muita experiência naquela época no desenho de um currículo profissional, fugiu por completo do currículo mínimo de 69, que era a norma, oferecendo mais disciplinas dentro de um modelo médico, da Faculdade de Ciências Médicas, então sob a direção do Prof. Lucas Machado, um médico pioneiro em educação e clínica (Medicina principalmente) em Minas Gerais

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(x) sim. Quais?_1) Especialização em Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva, FCMMG, Belo Horizonte, MG; Aperfeiçoamento em Técnicas de Ensino na Área de Saúde, Lexington, Kentucky, USA, 1980; Mestrado em Fisioterapia, USC, Los Angeles, USA, 1987, e Doutorado em Fisioterapia (Biocinesiologia e Neurociências), mesma universidade e local, 1995.

Localidade _____ acima _

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: ...Sanatório Ismael, Departamento de Fisioterapia, Amparo, SP, Brasil..

Ano: .5/1973 (como estagiário), 1974 a 1980 como fisioterapeuta

Area: ...Fisioterapia Geral, Neurologia e Ortopedia

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

(x) sim - Qual?Professor Universitário e Pesquisador

() não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

___Excelente. Respeito mútuo. Mas ainda tento educá-los a respeito de minha área profissional.

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

___Agora mais do que nunca como um profissional membro da equipe de saúde. Tem uma tarefa específica dentro do campo, para a qual é chamado como especialista. Isto é muito diferente do que se praticava até meados dos anos 80.

13- Participa de entidades profissionais?

() não

(x) sim – Quais? Atualmente só a Associação Americana de Fisioterapia

2.1 *As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil*

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

___ABF e associações estaduais de Fisioterapia – principalmente a Paulista, Mineira, do Rio de Janeiro, Gaucha, Pernambucana e Bahiana, nesta ordem de importância. Mais tarde, no final dos anos setenta, veio o Conselho Federal de Fisioterapia

15- Como foram organizadas?

___A partir da associação de profissionais, nas escolas e nos centros de reabilitação que serviam como base para estágio supervisionado, bem como a partir do contato destes profissionais com entidades internacionais relacionadas com a reabilitação (OMS). O foco foi São Paulo (USP), Minas (Arapiara e FCMMG) e Rio (ABBR). No Recife também haviam profissionais ligados a centros de reabilitação e escola de Fisioterapia.

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

Associação puramente científica e cultural. Tinha-se preocupação com a educação e treinamento clínico, bem como com a situação profissional, mas eram tarefas para as quais não estavam preparadas e não podiam atuar legalmente.

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?
 _No final dos anos 60 e começo dos anos 70, já havia um clamor muito grande para uma melhoria da formação profissional. A oposição por parte dos fisiatras produziu uma aglutinação das forças dentro da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional no sentido de mudança, sobretudo no conceito de que éramos somente profissionais de reabilitação e não profissionais de saúde. A força inicial se deu através do movimento estudantil, a partir de dois congressos chaves da ENUR (Executiva Nacional dos Estudantes de Reabilitação, remanescente legal dos andos de chumbo da ditadura). O primeiro foi em São Paulo, em 71; o segundo, mais objetivo e inflamatório, que juntou o quem era quem das áreas, em Belo Horizonte, em 72. A partir destes momentos começou uma pressão nas Associações estaduais, nos congressos da ABF.

Anteriormente havia um ativismo desorganizado, ou melhor desintegrado, fruto mais do amor de indivíduos pela causa da Fisioterapia, nos estados. Em São Paulo os nomes eram Sonia Guzman, Sônia Manso, Eugênio, Sérgio Mingrone, Hermínia. Em Minas Erton Xavier Pinheiro, Elton, Rui Chamone, Maria Lúcia Paixão, Marilda Brito, Heloisa Pinheiro, Emir, Maria Helena, e parte da turma de 73 da FCMMG (Marcia komatsuzaki, Amintas, José Liberato, Murillo, Sebastião Martins, e Eu mesmo) Em Curitiba havia uma fisio que participava bastante quando se conseguia reunir os profissionais (dinheiro era o maior problema). Em Fortaleza o Prof. Plínio, no Rio Grande do Sul o Prof. Vladimiro. Havia pessoas na Bahia e no Recife também, mas a participação, sobretudo nos espaços do congresso da ABF era irregular.

A partir destas experiências ficou um pouco mais fácil reunir de maneira mais organizada, com pauta de reuniões, um grupo de profissionais ligados à educação (coordenadores de cursos e professores), sob apoio da ABF, mas principalmente formado pelas escolas do sudeste e algumas do Nordeste.

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

() sim – Quais?

(x) não

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

_Não houve uma ação favorável por parte dos partidos da época: ARENA e PMDB 20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

() não

(x) sim

Como? A ABF, sob os comandos de Sonia Guzman e Sonia Manso, no final dos anos 70, procurou organizar um grupo de coordenadores dos cursos de Fisioterapia em SP, MG, RJ, PE, BA, RS, para propor mudanças no currículo de 69. Eu fui nomeado coordenador deste grupo, muito em virtude de estar implantando desde 76/77 o currículo de 4 anos do curso da PUC-Campinas, que se tornou o modelo para a luta por uma melhor formação profissional. Estava em jogo pela primeira vez um modelo de educação que refletia o produto que se queria conseguir: um profissional de saúde, apto a trabalhar nos três níveis da atenção em saúde, participando integralmente da equipe de saúde. Não mais um tecnólogo, mas um profissional liberal de nível superior (daí o curso de quatro anos numa universidade, com uma carga horária compatível). Além do mais se discutia e fazia propostas para a formação de professores para estas áreas. Entendia-se que o profissional clínico, recrutado para lecionar, não tinha a preparação necessária a nível de mestrado e doutorado, para desempenhar

efetivamente sua função. Falou-se pela primeira vez de pesquisa em Fisioterapia. A proposta foi encaminhada ao MEC. Os esforços foram sucedidos a partir de reuniões e lobby realizadas em Brasília, com o relator do processo no Conselho de Educação Federal, Conselheiro Cícero Melo (Não sei se este é o nome correto, mas o nome dele está no parecer que foi aprovado no currículo mínimo de 82). A oposição por parte da Fisiatria foi enorme. Nesta época (81 e 82) o Coffito já era o órgão representativo máximo da Físio e TO no Brasil. A ABF ainda era uma força na representação. Ajudou muito o movimento gerado por dois congressos: Congresso dos Profissionais de Ensino de Saúde (coordenadores de Físio, TO, e Fono) em Fortaleza (1978) e o segundo em Campinas (79), patrocinados pela Fundação Kellog (representante no Brasil, Dr. Mário Chaves) e Reitoria da UNIFOR (Dr. Antero Coelho), com observadores do SESU, da CAPES e da OMS. Pela primeira vez se produziu um documento que teve divulgação em órgãos do MEC – trabalho sobre os currículos de Físio e TO, de autoria dos professores Fernando e Irene Villar, da PUC-Campinas.

Depois da aprovação dos currículos mínimos de 82, a CAPES organizou em Campinas, sob a coordenação da Professora Eda Coutinho Machado, uma reunião com os coordenadores dos cursos de Físio e TO do Brasil, quando pela primeira vez, um órgão governamental ofereceu a possibilidade de pós-graduação para profissionais de Físio e TO.

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

() não

(x) sim

Como? _Não houve uma influência clara de uma política educacional do período militar, mas a criação dos cursos está intimamente relacionada com a falta destes profissionais treinados no Brasil para atuar em reabilitação, fato que ficou patente com o derrame sofrido pelo presidente Costa e Silva. Aí a Junta Militar aprovou a criação da profissão e o currículo mínimo de 69 para formação destes profissionais.

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

_____Atenção secundária. Prevenção e reabilitação eram até então desconhecidas

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

_____Técnico de aplicação de métodos físicos para reabilitação de pacientes e grande lesados, sob supervisão de fisiatra. Um pouco mais que massagistaAs próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: __Muito grande e fazendo pressão para uma melhoria de formação acadêmica e intervenção terapêutica.

Influências internas: __Não estou a par completamente, pois estou residindo no exterior a quase 5 anos, mas os cursos de pós-graduação sensu strictu (São Carlos, UFMG, UNAERP) se constituirão na mola propulsora e no tom de desenvolvimento da área nos próximos anos.

Conquistas: Membership no grupo das _Profissões de Saúde_; pós-graduação sensu strictu; maior e mais positiva exposição na mídia

Frustrações:

__Ainda a falta de respeito por parte de algumas profissões de Saúde; Falta de autonomia profissional;

baixa remuneração profissional; falta de novas lideranças; ainda a crônica incapacidade da classe de uma contribuição mais efetiva para a inserção definitiva da profissão na sociedade; baixa capacitação profissional na área acadêmica e de pesquisa no campo.

Objetivos: Inserir a Fisioterapia definitivamente no seio das profissões de saúde, com capacidade própria de formação acadêmica de seus quadros, visando a educação e a pesquisa na área, como parte integrante da produção de conhecimentos em Patocinesiologia, e da intervenção terapêutica específica no tratamento das disfunções do movimento e da postura humanos.

Desafios:

Organização e participação de todos os profissionais

Comunicação entre os diversos setores profissionais e com o público

Força política

Formação de novas lideranças tanto nas áreas profissionais, clínicas e acadêmicas como nas áreas de direção, políticas e executivas.

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

Obrigada

**ANEXO 9 - ENTREVISTA REALIZADA COM A FISIOTERAPEUTA
MARIA IGNÊZ ZANETTI FELTRIM, EM 19/01/01**

V - Vamos iniciar, você falando sobre sua formação, local, data, etc.

MI - Eu fiz a USP, de 73 a 75, porque naquela época eram 3 anos de período integral; no primeiro ano a gente tinha anatomia, fisiologia, etc ... e ficava muito tempo no campus da USP. A parte de citologia, histologia, essas matérias mais básicas eram ministradas lá.

A parte de Fisioterapia como conceitos de reabilitação, a história da fisioterapia e da reabilitação em si, era ministrada na Faculdade de Medicina - Pinheiros. Foi um ano, o primeiro ano, fundamentalmente voltado a outros aspectos e tinha pouco de Fisioterapia. Tinha também psicologia, cinesiologia, enfim, essas matérias mais amplas e talvez mais básicas, para você posteriormente, entrar na parte profissionalizante.

Aí, no 2º, ano, ele já foi muito mais caracterizado pela presença no hospital, com as disciplinas clínicas. Então ficávamos um tempo na neurologia, um tempo na cardiologia, um tempo na dermatologia, etc ...

V - E era na prática mesmo?

MI - Era assim: em geral eram os médicos que davam as aulas. Então você tinha, por exemplo, as principais doenças cardíacas, e aí, num determinado período nós íamos para o ambulatório de Cardio, junto com os médicos e víamos eles avaliarem os pacientes.

Assim nós sabíamos quem era o paciente cardiopata, e não somente a cardiopatia. Eles ensinavam coisas simples, tipo como realizar palpação abdominal, auscultar o coração. Não saímos de lá sabendo ausculta cardíaca mas, naquele momento que tinha um cardiopata X, com sinais e sintomas que podíamos associar. Em dermatologia, por exemplo, nós víamos muita lesão de pele, as diferenças anatômicas mais grosseiras. Então, eu acho que era muito interessante, era o modelo da época.

Eu lembro que o 2º ano foi o mais pesado de todos porque a gente tinha o 1º semestre inteiro de clínica médica, íamos ao ambulatório de clínica médica e víamos os doentes. A Fisioterapia no 1º ano ensinava algumas matérias como massoterapia. Nesse particular, cito o Eugênio, nosso grande professor. A USP tinha basicamente 3 professores de fisio, que era o Eugênio; o irmão dele, o Angel, e o Danilo. Então, eles revezavam as matérias. Em massoterapia, no 1º ano a gente aprendia entre nós, os alunos, todas as técnicas de massagem. O Eugênio era muito interessante porque, as primeiras aulas, ele dava exercícios para fazermos: exercícios de braço, de mão, etc, para ganho de força e resistência, para depois começar a praticar uns nos outros.

Nós tínhamos, por exemplo, uma matéria que era com uma fisio, a Carmem de Moraes, que era toda a parte de órteses, próteses e acessórios. Então, ... eu não lembro mais o nome dessa matéria, mas era quando nós aprendíamos a confeccionar órteses, e depois, como você a manipula. Isso não era ainda com doente, era só entre os alunos. Então, por exemplo, quando você fazia uma órtese, a gente fazia em nós, encaixava nos nossos braços. Outro exemplo super interessante era como transportar paciente. Então experimentava passar da cama pra cadeira de rodas, como você ajudaria um indivíduo paraplégico a sair da cadeira de rodas para o tablado.

V - Isso era com fisioterapeuta?

MI - Isso, era uma fisioterapeuta. Como você, por exemplo, movia com muletas? Isso ainda era no 1º ano. A gente não estava com o paciente, mas era um treinamento do nosso corpo, dos nossos movimentos, antecipando o que teríamos na prática. Então, eram situações como: alguém com muleta, como seria a marcha, os diferentes tipos de marcha. Quando você na barra paralela, o que que você vai fazer. Isso era ensinado no 1º ano. Mas eu não lembro como era o nome da disciplina.

Eu posso ver no meu histórico escolar e te dar, porque eram matérias ligadas à fisio, mas não com paciente; não tínhamos a noção do seu uso, mas sabíamos quais os recursos, instrumentos, que a gente usaria mais tarde. A gente não sabia quando, em quem usar, mas a gente já ia se preparando porque isso era uma técnica, isso era um recurso. E eu lembro muito disso, massoterapia e essa parte, que... eu acho que isso fazia parte de fisio geral, era uma coisa assim, de você manipular mesmo, aprender a manipulação.

No 2º ano vinha bastante a parte de clínica médica, pesadíssima, era o dia inteiro. Um dos períodos, manhã eram as aulas, depois a gente ia pro ambulatório que começava ao meio-dia e a gente ficava ocupado o dia todo.

Também no 2º semestre vieram as disciplinas ligadas à fisioterapia. Alguma coisa a gente já tinha tido em fisio geral no 1º ano como eletroterapia. Mas depois vinha mesmo a aplicação; diferentes casos de ortopedia que a gente já tinha visto e como seria o tratamento. Era um curso mais voltado para ortopedia, neurologia, tinha a área respiratória, cardiorrespiratória, que de cárdio mesmo a gente não viu nada; tinha alguma coisa de fisio respiratória voltada para asma, enfisema e bronquite com as manobras de higiene brônquica. A professora era uma fisiatra que ensinava Fisio respiratória, e ela, na realidade, trabalhava com paciente asmático. Ela tentava passar um pouco do que seria mesmo a "ginástica respiratória". Agora, ela era muito simplista, ela... eu nunca esqueço a 1ª aula quando ela mandou a gente colocar prendedor no nariz e ficar sem respirar um pouco, para termos a sensação do que era dispnéia... Depois ela fazia a gente andar em volta, na sala... tinha umas coisas muito estranhas. Era uma iniciação pensando em asma, bronquite e enfisema, do que a fisio faria. E completando, tínhamos obstetria. Eram basicamente esses 4 campos. Tinha também alguma coisa teórica de dermatologia, porque tinha um grupo de fisioterapeutas no HC ligado à dermatologia, e eles usavam muito ultra

violeta, iontoforese, etc ... eu já não me lembro direito de tudo... Dermato era uma área relativamente forte dentro do curso na época.

Então, bom, depois tinha amputados, e que também era uma matéria forte, mas tudo isso estava inserido em ortopedia, porque depois no último ano, no 3º ano, a gente passava em estágio, e esse nosso estágio era muito centrado lá no prédio da Ortopedia, com pacientes internados de cirurgias ortopédicas, pacientes ortopédicos clínicos, enfermaria de paraplégicos e tetraplégicos, enfermaria de pacientes de seqüelas de poleomielite, que tinham dependência ventilatória. Foi lá que vimos o pulmão de aço e os primeiros ventiladores: os Birds estavam começando.

V - Este viu era um “ver” mesmo?

Não, não, a gente passava um mês na enfermaria de poliomielite, que na realidade estava terminando, lá estavam os últimos casos de seqüelas de poliomielite, porque a poliomielite teve uma maior explosão nos anos 60, e eu fiz a graduação em 73, 74, 75. Então aqueles eram pacientes sequelares adultos que tinham entrado no hospital criança e foram crescendo. A gente ficava um mês nessa enfermaria, onde vi pulmão de aço, que já estava sendo abandonado, só havia uma paciente que ainda não tinha conseguido sair dele, ou porque não havia ventilador de pressão positiva disponível, que eram os Birds super simples.

V - Os Mark 7...

MI - Não era nem os Mark 7, era um modelo anterior. Havia esses pacientes, e nossa atuação era muito ao nível de movimentação motora e com manobras de vibração, compressão, um pouco de tapotagem. A aspiração, quem fazia era o pessoal da enfermagem, mas nós acompanhávamos.

V - Vocês tinham supervisão direta?

MI - Tinha, tinha supervisão, sempre teve um supervisor para, no máximo, 2 alunos. Por exemplo, em amputados, a gente passava em 2 alunos, que era em um salão grande. Em algumas enfermarias era um aluno, pois a turma era pequena.

V - Tinham quantas pessoas?

MI - Nós éramos em 15 alunos. E aí a gente fazia isso. A gente passava nos locais em rodízio. O Instituto de Ortopedia do HC era um centro muito importante, de referência nacional, internacional, com profissionais muitíssimos bons. Lá trabalhavam a Sônia Manso, que depois foi presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia; a Maria Inês Marino, que deu continuidade ao trabalho da Carmem de Moraes, que foi uma das primeiras fisioterapeutas, uma sumidade em amputados. A Maria Lúcia Peres, quer dizer, gente assim, de altíssimo nível, que construiu mesmo a Fisioterapia. A Renate Burkhurst também trabalhou um tempo aí.

V - Mas nesta fase então, que vocês tinham aulas com os médicos, eles já tratavam...

MI - Não. Em geral, na Fisio tínhamos aula com os médicos, alguns eram residentes; alguns médicos não sabiam direito o que que a gente era. - “Ah, é a fisio”- a gente sempre tinha aulas junto com os alunos da TO, aí para eles era uma confusão, eles não sabiam distinguir. Mas tinham outros já que sabiam, que já tinham dado aulas nos outros anos em geral. O chefe da disciplina sabia quem éramos.

V - Como que era o tratamento?

MI - A relação com os médicos? Eu não lembro assim de uma grande dificuldade. O que chamo de dificuldade foi nossa luta por melhorias dentro da inserção do curso na Faculdade de Medicina. Os cursos de Fisioterapia, TO e Fono eram... apêndices. Então, a gente não tinha representatividade na Congregação, que é a mesa de negociação da faculdade. O curso não tinha o número de professores que a gente precisava. Tinha um monte de gente que vinha dar aula. Sônia Gusman (conhece, não?), ela vinha dar aula totalmente de graça, sem vínculo nenhum com a escola.

Na minha época, a gente passava em estágio aqui no HC, mas também no Lar Escola São Francisco, porque Sônia Gusman era chefe de lá.

O Lar Escola São Francisco foi de uma importância fundamental na formação de fono, fisio e TO em São Paulo, porque era um centro de reabilitação abrangendo as várias áreas da reabilitação. A Sônia fazia a parte de neurologia, mas tinha ortopedia, que era área de estágio também. Então, víamos paralisia cerebral e a gente via também casos ortopédicos, que muitas vezes a gente não via aqui na ortopedia. E o grupo do Lar Escola, com Sônia Gusman, tinha a Pixi que era TO, a Elke Ramos, fisioterapeuta, todas expoentes na fisio. Eram pessoas assim, de muita competência, de muito conhecimento; elas fizeram uma escola. Então, passar pelo Lar Escola São Francisco era como fazer metade do seu curso, entendeu? E lá a gente ficava um tempão, por cerca de 3 meses só vendo Paralisia Cerebral, Bobath, e mais 2 meses vendo ortopedia, a gente ficava de manhã no HC e à tarde lá, era muito interessante.

V - Mas como você vê esse curso Maria Ignêz, muito técnico? Ele era um curso que tinha uma preocupação de uma formação mais filosófica...?

MI – É, eu acho que o curso era principalmente para formar fisioterapeuta generalista; a preocupação era passar por várias áreas, ver de tudo; e naquela época o tudo era bem menos do que agora, mas ver o máximo possível. Mas havia preocupação com a qualidade, quer dizer, com o que fosse o melhor, a gente teria que estar vendo. Tanto que nós... tinha uma fisioterapeuta Mara, que era a única fisioterapeuta a atuar com Físio respiratória em São Paulo, lá na Santa Casa, na Disciplina de Pneumologia. Então nós fazíamos estágio lá, no ambulatório, quer dizer, o ambulatório era pequeno, mas a gente atendia pacientes com enfisema e bronquite; passava pela pediatria, onde atendia aquelas crianças hipersecretivas, aprendia a aspiração e tudo; e ela ia na UTI também; aí a gente só ficava observando, pois ela foi a 1ª físico a por o pé em UTI; ela não permanecia na UTI porque a própria Terapia Intensiva estava começando, mas ela ia, atendia os pacientes com movimentação, mudança de decúbito, manobras de higiene brônquica, aspiração. Depois saía, depois voltava, então ia assim... a gente só acompanhava.

Era assim: o que o HC não fornecia área para a prática assistencial, o curso tinha a preocupação de completar em outros lugares. A preocupação, na época, era formar um excelente profissional, porque nós estávamos começando a divulgar o que era Fisioterapia como profissão. Em geral, fisioterapia era confundida com massagem. As pessoas nem sabiam pronunciar o nome fisioterapeuta. Fisioterapia, era um desconhecimento total. Então, a preocupação fundamental era de que a profissão tinha que ser reconhecida, e como nos éramos muito poucos, nós nos conhecíamos, todo mundo sabia quem era a turma da Sônia Gusman quando elas eram estudantes. Então era fulano, fulano e fulano, e se sabia quem estava trabalhando em cada lugar, o ano de formatura. No fim, quem saía, tinha que ser um pouco líder, entendeu? Uma pessoa catalizadora, com um compromisso, não só em ser fisioterapeuta, mas em divulgar a fisioterapia. Eu acho que isso foi muito incutido na cabeça da gente: que nós tínhamos que brilhar, entendeu? Fosse o que nós fossemos ser. Mas aonde a gente estava, a gente tinha que fazer muito bem e, de preferência, você ter um compromisso social maior. Eu acho que a preocupação naquela época era essa: divulgar a profissão em todos os meios e abrir áreas de atuação.

Na nossa época, a minha turma foi uma turma que iniciou trabalhos bem diferenciados.

V - Vocês já faziam as monografias?

MI - Na época a gente fazia. Você ficava o ano inteiro estudando um determinado assunto, para depois apresentar. Tinha que apresentar por escrito e em forma de aula. Eu escolhi fazer “o método Klapp para escoliose”, e se você pudesse coletar alguns dados de pesquisa, seria bom. Eu lembro eu tentei fazer radiografias nas posições Klapp para verificar a rotação das vértebras, mas foi muito complicado, a gente ensaiou algum modelos, mas acabou não dando certo.

V - Como vocês viam essas aulas de psicologia, que você falou que teve?

MI - Era muito interessante, a gente tinha no 1º ano, e foi um ponto forte no curso. A Psicologia era voltada sobretudo para a deficiência. Então assim, a gente lidava muito com isso, estar atendendo pessoas que sofrem, que têm um estigma social, e como que essa pessoa estigmatizada pode ter os seus mecanismos de reação, de defesa, de proteção. Por ser um grupo pequeno, em todas as disciplinas havia discussões em pequenos grupos, entendeu? Eu lembro que em psicologia, nós tínhamos textos preparados em grupo, às vezes casos clínicos, para discutir. Nós gostávamos muito porque ajudava à construir.

No último ano, havia um dia na semana à tarde que não íamos para o estágio. Nós reuníamos, em geral, com o Danilo Define, nosso coordenador, para discutir o que estava acontecendo com a gente. Isso era um modelo muito interessante. Porque era assim: qual era o impacto da doença e do doente em nós que estávamos começando a tratá-los? A grande condução não era nem discutir se eu estava fazendo a fisioterapia certa, porque para isso você tinha seu supervisor, mas era muito discutir os problemas e o lado emocional da relação terapeuta-paciente... Na época, não sei se continua isso hoje, era muito comum, os alunos se “apaixonarem” por aqueles pacientes paraplégicos, quer dizer, você fica morrendo de pena, em geral são jovens que sofreram acidente de moto, quedas. Então, sabe você tinha um apego a eles. Outras vezes eram pacientes muito crônicos... Então, isso era trabalhado, para entendermos um pouco o lado profissional, o lado humano conseguindo equilíbrio na relação.

V - Quem vê esse currículo aqui (63), não é nada compatível com o que acontecia.

MI - É, mas eu acho que isso era realmente no nome, tanto que você tinha complementação de muitas coisas.

Nossa turma caracterizou-se porque brigou muito para aumentar o curso. O que fizemos foi esticar o último ano. Então nós saímos por São Paulo para procurar estágios, pra mostrar que a gente precisava de mais tempo.

Então, conseguimos estágios como no Centro de Reabilitação do INAMPS, que também era extremamente forte, modelo de reabilitação. Fomos a hospitais que tinham atendimento a acidentes de trabalho,

que era um horror, mas era a realidade que a gente tinha que conhecer. Fomos ao Pequeno Cotolengo, instituição beneficente, com crianças com disfunção neurológica. Bom, arrumamos todo um programa de estágio que levasse a aumentar o curso para 4 anos.

V - Foi idéia do grupo?

MI - Foi idéia do grupo, e que a direção do curso e da faculdade tinham dado abertura, mas a turma seguinte, aquela que vinha atrás de nós não topou, porque daí você teria que ir estendendo sempre. Eles não aceitaram de jeito nenhum. Nós chegamos até março com a nossa turma. No nosso planejamento iríamos até julho, e se a turma seguinte viesse, completava o ano, o 4º ano. Mas aí a gente não conseguiu, mesmo assim fomos até final de março, com estágio ininterrupto de janeiro do ano anterior, porque a gente já via a necessidade de aumentar mesmo. Três anos era muito pouco.

Nessa época o movimento estudantil era muito forte. Embora a escola tivesse limitações, a participação do centro acadêmico era fundamental. O centro acadêmico funcionava como órgão que ia atrás do interesses da formação, e desde o 1º ano tínhamos consciência política...

V - Mesmo sendo dentro do período militar? Porque teoricamente foi a época que teve aquele...

MI - E acho que foi isso que mais nos despertou.

V - Em 64 acabou com a UNE...

MI - Eu acho que a gente viveu esse período, acho que isso também ajudou muito para essa consciência. Desde do 1º ano, desde o 1º dia que a gente entrava na escola, a gente era recebido pelos alunos, e aqui, pelo menos, na USP acontecia assim, não existia trote, não existia nada disso porque era a semana de conscientização estudantil.

Nós éramos levados à palestras, ao ambiente do hospital, você era inserido. O centro acadêmico era bem estruturado em departamentos. Tinha o departamento chamado departamento de pesquisa, que era onde as matérias que não tínhamos, os estudantes se organizavam para estudar; ou a gente estudava por si só ou íamos atrás de médicos ou de outros profissionais para nos ajudar, tínhamos aulas extras, mas tudo organizado pelo CA. O centro acadêmico também organizava jornadas, cursos, o ano inteiro.

V - Tinha um papel muito forte...

MI - Muito forte, e essa coisa da discussão. O momento político era uma momento muito forte, mas havia assim, uma alavanca eu acho, que é muito isso: quanto mais proibido mais a gente faz.

V - Agora que teoricamente está liberado, ninguém faz nada.

MI - É uma pena.... Eu vivi aquela época, a ECA teve um... o Wladimir Herzog morreu, foi uma morte super estranha, com os militares. Ele era jornalista, e a ECA fez um supermovimento, a gente parou a Universidade de São Paulo, a gente parou a Faculdade de Medicina. Uma vez estávamos presos dentro da faculdade no porão, lembra né? E o centro acadêmico era ali. Os militares cercaram a Faculdade de Medicina, botaram os cachorros, e os cavalos, e ficamos ali, sem poder sair. Foi muito difícil, foi uma época muito difícil com algumas pessoas presas, como o David Capistano. Teve aluno da Medicina preso. Mas a gente participava de todo o movimento, indo às passeatas, às assembléias.

V - Foi quando começou, 70 e pouco, a população já começou a se revoltar.

MI - É mais, em 75 a morte do Wladimir Herzog foi mesmo um estopim para muita manifestação.

V - Agora, o curso era muito reabilitador? Tinha outra visão como prevenção?

MI - Da prevenção, alguma coisa. Tinha-se a preocupação pela prevenção... acho que não era muito diferente do que a gente tem hoje, pelo menos o que eu sinto nos cursos, viu Valéria.

A preocupação existia, as pessoas comentavam, falavam muito, mas não tínhamos nada prático para estar fazendo. Não íamos lá na comunidade. No CA, por exemplo, tinha um outro departamento chamado DPMS, departamento médico-social. Esse departamento, ele se unia ao da Medicina, e viajávamos duas vezes ao ano: uma na semana santa e a outra na semana da pátria. Fazíamos, em geral, algum tipo de levantamento epidemiológico da região, através de questionário, no qual levantávamos a constituição familiar, os problemas de saúde dos moradores, e depois construíamos um relatório que era encaminhado ao prefeito da cidade pra ele estar ciente de onde que estavam os problemas.

V - É uma coisa interessante, é uma coisa que hoje o pessoal não faz.

MI - É. Inclusive teve na minha cidade. Era muito legal...

V - Isso só com os 3 professores no curso?

MI - Mas isso quem fazia era o centro acadêmico, por isso eu acho: o poder do estudante é muito forte na construção da sua formação. Eu acho que o que dava diferença aos cursos era exatamente o poder de realização dos estudantes. Porque o curso em si era limitado, os professores também eram limitados, porque tinham que dar matérias, ainda tinham que supervisionar estágio e tudo. Embora...

V - Vocês tinham supervisores que eram do HC?

MI - Isso! Isso que eu ia falar. Embora, por exemplo, o Eugênio não dava todas as coisas, não. Porque ele dava as matérias que eram dele, mas exatamente porque o pensamento era construir a melhor Fisioterapia e divulgar a Fisioterapia, então era isso: Sônia Gusman vinha dar aula de graça, Sônia Manso vinha dar aula de graça, a Renate dava aula de graça, Dorotéia Hanser... Tinham vários profissionais muito bons em São Paulo, que vinham dar aulas no curso, então isso completava nossa formação. E além disso, a gente passava por estágio com os fisioterapeutas da ortopedia, que também eram excelentes ou então, lá no Lar Escola. Enfim, e aí gente tinham os supervisores.

V - A metodologia utilizada nessas aulas era como?

MI - Era expositiva, a gente tinha um outro departamento no Centro Acadêmico, porque eu acho que o Centro Acadêmico foi um parceiro inigualável, que era chamado de reprografia. Por quê? Porque a gente construía as apostilas e as reproduzia para nós mesmos. Então isso ajudava muito. Por exemplo, tinha matéria que, em geral, o material didático usado pelo professor era o lousa e o giz; um ou outro levava slide, e tinha também uma coisa que por ser lá na ortopedia ajudava bastante, que era assim: olha a aula vai ser de ultra-som: “está aqui o ultra-som, vamos fazer ultra-som”, entendeu?

V - Isso é porque vocês tinham o HC?

MI - É, estava o HC lá! Então, isso na parte prática funcionava bem. Por exemplo: Cinesioterapia, a gente ia ao ginásio, e realizava os exercícios, quais são os exercícios, quais são os mecanismos.

V - Vocês tinham congressos ou encontros de outras universidades?

MI - Na época tinha o congresso de reabilitação. Eu vou lembrar a sigla.. ENUR - Encontro Nacional dos Universitários de Reabilitação. Eu nunca fui, na minha época teve um que foi em Belo Horizonte, e eu não fui. E cada escola tinha um representante, cada curso tinha uma pessoa que representava o curso na direção nacional da UNUR. Ah não! O 1º ENUR eu fui, foi aqui em São Paulo e eu estava no 1º ano, depois eu acho que no 3º ano ocorreu em Belo Horizonte, mas não fui. Uma colega da minha turma, a Tota, chegou a ser presidente da ENUR.

Havia poucos cursos, mas tinha esse congresso sim. E nós, o Centro Acadêmico organizávamos muitos cursos. Também tinha a Associação Paulista de Fisioterapia, que também promovia eventos, que era o Eugênio, a Sônia, eram sempre essas mesmas pessoas, a Hermínia, a Maria Inês Marino, então, era muito legal, porque todos os fisioterapeutas iam, então a gente se conhecia, sabia quem era quem. Pra você ter uma idéia, o CREFITO, que foi criado em 75, teve todo um movimento anterior pra instalação dele.

Então, assim, no final de cada ano letivo, essas pessoas envolvidas, a Célia Cunha, o Dárcio (sempre tinha alguém do HC envolvido), eles vinham e nos davam aula sobre quais eram os movimentos da Associação, da profissão. Eu acho que nos éramos muito informados. Quando eu era recém-formada, teve o Congresso Brasileiro de Fisioterapia lá no Rio Grande do Sul e nós fomos; tinha também umas coisas legais, porque como éramos poucos a Associação promovia evento social, como o jantar do Dia do Fisioterapeuta, jantar de encerramento do ano. Então, enquanto aluno a gente acabava indo e ficando do lado das estrelas, né?!

V - O pessoal já entrava no curso sabando o que que era Fisioterapia?

MI - Acho assim... eu não sei, posso generalizar, mas em geral as pessoas sabiam o que era o curso. Em minha experiência, posso dizer que talvez a gente não conseguisse ter a amplitude da visão, mas era sempre alguém que tinha visto alguém, já tinha conhecido um lugar, acho que alguma coisa assim. Agora a amplitude total não. A gente estava começando mesmo.

V - O objetivo do curso era formar que tipo de profissional? Daria pra você descrever...

MI - Eu acho que era o profissional generalista: aquele fisioterapeuta que se fosse atuar no hospital ou na clínica ele teria condições de estar atendendo todo e qualquer tipo de paciente.

V - Qual a necessidade de ter mudado o currículo, para esse novo publicado em 83, quais foram as necessidades?

MI - Eu acho que você parte de um ponto que o curriculum antigo era muito mínimo e a realidade já não era aquela; acho que a realidade, a prática existente já era provavelmente o que o curriculum de 83 melhor detalhou. Por exemplo metodologia de pesquisa, a gente já tinha. Na minha época a gente não tinha estatística.

Mas, então, essa era uma disciplina que sentíamos falta. História da Fisioterapia tinha, cinesiologia; eu acho que tem várias matérias que estavam sob um nome genérico, e que nesse curriculum você acaba detalhando um pouco mais. Estatística era reivindicada há muito tempo; tinha uma outra coisa, deixa eu ver seu eu lembro...

Bom, a questão das matérias profissionalizantes, por exemplo, cardio e pneumo, embora cardio, na minha época, não se via nada, tinha pneumo, tinha gineco e obstetrícia, pediatria não tinha, embora tenhamos visto criança, não tinha especificamente a matéria pediatria. Na época o Instituto da Criança estava começando, e uma colega da minha turma começou, no último ano, a ir lá e estudar sozinha o que poderia fazer; ela sozinha, não tinha ninguém, mas ela na hora do almoço, ia pra lá fazer. Com isso, ela criou um grupinho de estudo, com gente do 1º ano, do 2º, e aí eles começaram a atender lá no Instituto da Criança e daí um tempo depois, o Instituto da Criança contratou fisio.

A gente, por exemplo, o meu grupo, eu sempre gostei de coração. A gente não tinha peças anatômicas de coração, então começamos a estudar cardio, eu e mais 2 amigas. O pessoal médico ficou sabendo que a gente estava estudando cardiopulmonar, aí um residente passou lá e perguntou se a gente não queria ver alguns pacientes de vascular, que não tinha nada a ver com cardiopatia, era problema vascular; às vezes eles faziam amputações de membros inferiores e o paciente ficava hipersecretivo. Então começamos a ir, fazer fisioterapia, como enfaixamento, etc. Na fase pós amputação. Só que a vascular era em frente à cirurgia torácica então, eles começaram a pedir para nós atendermos os pacientes de cirurgia de tórax. Aí foi que eu vi os primeiros drenos da vida, as primeiras incisões. Isso era fruto do movimento estudantil.

V - Que interessante. Não tinha essa relação, porque a maioria das pessoas falam que copiaram de fora, eles não incluem os estudantes nesse primeiro momento.

MI - Eu considero que a progressão do curso da USP foi pelo movimento estudantil, porque foi o movimento estudantil que pressionou a Faculdade de Medicina, a direção superior a olhar para fisioterapia: nós fazíamos greve, nos fazíamos manifesto. A gente pintava e bordava. Tinha um secretário, Dr. Dante, coitado, que ele não podia ouvir falar o nome de fisioterapia, porque ele sabia que era problema, porque a gente realmente ficava muito em cima, a gente pressionava demais, e por quê? Porque os professores, os únicos lá, não tinham força política nenhuma; então eram os estudantes que pressionavam. Então assim, o que melhorou, eu acho que melhorou... não pode ser esquecido, sabe essa participação.

Então, por exemplo, nós...

V - Você é a primeira pessoa que está me falando dessa participação estudantil... Eu conversei já com a Sônia, o Eugênio e o Sérgio.

MI - É, mas eles são de uma geração um pouco mais velha, entendeu? A luta deles foi pela formação do Curso, o reconhecimento legal da profissão, e nós viemos depois tendo eles como professores, já com o senso de que "olha, só assim não pode ficar".

Eles foram os primeiros, os pioneiros. A fase seguinte foi bem essa, e aí o meu grupo se insere, o exemplo da Pri lá com pediatria, ocorreu com outros setores. Isso começou já no 2º ano, a gente ia estudar, ia ver. Bom, em que horário? A gente ia na hora do almoço ver os pacientes lá no HC, entendeu? Nós pedíamos para o pessoal do 3º ano nos assessorar; porque eram pessoas que já sabiam atender. Assim formávamos um grupinho de estudos que era alguém do 1º, a gente divulgava e quem se interessasse participava, o pessoal do 2º e o pessoal do 3º ano.

Intervalo

V - Eu vejo essa mobilização dos alunos. Foi diferente, porque eu conversei com o Sérgio ontem, e ele falou que a maioria dos alunos que entrava não sabia o que era fisioterapia. Na sua fase, já foi diferente, já evoluiu...

MI - É. Agora, lógico a gente não tinha, nós entramos em 25 e acabamos em 17, então tinha gente que no 1º ano caía fora mesmo. Na verdade nem sabia direito o que era fisio, é claro. Eu acho que hoje o indivíduo tem muito mais noção, a fisioterapia está mais divulgada, a população sabe o que é, antes não, e isso era um grande entrave. Realmente, a parte médica, muitos, nem sabiam. Agora, por causa do centro acadêmico houve muito entozamento. Eram os centros acadêmicos o CAOC da Medicina e o CAAVC da Fisio, Fono e TO e fazíamos as festas juntos...

V - Tinha alguma rivalidade entre eles?

MI - Não. Havia um departamento lá da Atlética, que eles achavam que a Atlética era só para os médicos, que não deixava nós entrarmos, era um horror... a gente brigava. Mas, nos demais não. Então, tipo assim, o Milton Arruda foi da minha turma, a minha turma, que eu digo, da mesma época de estudantes. O Raul Cutait... então eram alunos da Medicina que hoje são estrelas, mas sabem o que é fisio, por quê? Porque

conviveu conosco. A gente se relacionava, as nossas festas eram em conjunto, então, já começou a ter um entozamento; isso era muito legal, às vezes, por exemplo, a gente ia pro HC, numa enfermaria, e encontrava um interno que te ajudava, por quê? Porque a gente era colega de Centro Acadêmico. A Ortopedia era exceção, os médicos da Ortopedia tinham elevadores exclusivos, a gente não podia entrar, tinha que ir de escada ou no elevador de serviço.

V - E os fisiatras? Como é que eles eram?

MI - Aí era acho problema, porque existiam os fisiatras... Os mais antigos, que já estavam próximos à aposentadoria, com quem tínhamos aulas no 1º. Depois veio a Drª Satiko. A gente brigava muito, principalmente com os mais antigos; eles eram da radio... porque a Fisioterapia no HC ficava no 3º andar e era ligada à radioterapia. Eles davam aulas, mas nós pegamos a saída deles. Eu, particularmente, até gostava das aulinhas dele, mas porque eram mais históricas, e tal. A Satiko era problema, pois era muito contundente na participação do fisiatra, e isso criava atrito e a escola estimulava essa luta. Essa é uma coisa que eu acho cria...

V - Uma rixa...

MI - Cria, isso, complicado. A gente sempre tinha consciência que o fisiatra era nosso inimigo, foi muito colocado para a gente, mas eles eram terríveis mesmo.

V - Não era à toa...

MI - Não era gratuito. Nós tínhamos aula com a Satiko, era uma relação suportável, mas existia uma consciência de que ela era o inimigo. Existiam muito poucos fisiatras em São Paulo como um todo. Eu, particularmente, não senti muito Valéria, porque minha experiência com fisiatra foi praticamente nula.

V - Não teve nenhuma vivência...

MI - Depois vim prá cá (INCOR) e tudo. Mas pra quem ia trabalhar em clínica, tipo clínica particular mesmo, tipo Sérgio Mingrone tinha que ter o fisiatra, aí era outra coisa. Eu não senti muito.

V - Eu acho que era isso Maria Ignêz. Mas, tem mais alguma coisa que você gostaria de falar, dentro disso que eu estou buscando, que poderia complementar.

MI - Eu acho que mais para enfatizar. Os primeiros cursos se fizeram mesmo pela dedicação das pessoas que estavam envolvidas, assim, o Danilo, o Eugênio, o Angel tinham que saber de tudo e de repente eles procuravam com o máximo de dedicação ir acima dos limites, com aquele objetivo de sempre construir a fisioterapia. Uma fisioterapia em que os fisioterapeutas fossem muito bons. Então, todo mundo, mesmo os fisioterapeutas da época que não estavam ligados ao curso, todos tinham essa preocupação. Então, nós alunos éramos bem recebido por todos, todos queriam passar alguma coisa, todos queriam ensinar. Eu acho que nesse sentido, esse pano de fundo de dedicação, eu sinto uma falta absoluta hoje.

Hoje eu sinto assim ser professor virou um emprego, e eu... graças a Deus eu fui formada naquela fase em que ser professor, o emprego era o emprego lá no hospital, na clínica, e tal. E ser professor era uma missão, porque as pessoas tinham o compromisso de que o outro tinha que aprender também e ser muito bom, não podia aprender de qualquer jeito. Então, isso eu sinto diferença. Hoje, eu fico tão decepcionada Valéria, com o aumento dos cursos, porque eu vejo o pessoal acabou o aprimoramento dia 31 de janeiro, dia 1º de fevereiro eles são contratados, às vezes, para ser coordenador de escola. Por outro lado, é renovador, mas assusta um pouco isso...

V - Não aprendeu nada ainda...

MI - É, nós no InCor recebemos fisioterapeuta que é supervisor de estágio, supervisor, é professor em tal escola, e vem ser estagiário. Por quê? Por uma falta de conhecimento, mas também por falta de experiência prática. Todos que hoje estão indo para a escola, será que têm este dom de ser professor? Eu não sei.

V - Às vezes nem dom, nem competência, não é Maria Ignêz?

MI - A competência você vai lá e aprende, não é?

V - Nessa época que você fez a gente podia até aceitar que o professor não tivesse competência, hoje não daria pra aceitar isso.

MI - Não, eu acho que não dá! Não dá porque o conhecimento nosso aumento muito. Então você não pode hoje pretender um curso com 3 professores. Agora, eu acho que pelo menos metade do esforço e dedicação seriam necessários.

V - Isso acabou. É isso que você falou, eu convivo com vários professores, a maioria tem como emprego mesmo.

MI – Emprego. Eu digo, eu não tive talvez a melhor escola. Hoje quando eu leio os artigos sobre os cursos eu vejo que há laboratório; era uma coisa que a gente sonhava tanto em ter. No entanto, quando eu volto e olho, “nossa mas a gente tinha aquelas aulas práticas, a gente ia à tarde, no final da tarde ficar lá no ginásio fazendo exercícios, manipulações”. Foi uma maneira de aprender que foi válida. Mas, hoje o avanço é muito grande, o conhecimento é maior, o acesso à informação. Nós tínhamos uma dificuldade de biblioteca imensa. Imensa Valéria.

Existia um livro de Fisioterapia cardiopulmonar em São Paulo na Bireme, quando comecei a trabalhar. Então, nós éramos em três fisioterapeutas; podia-se ficar 15 dias de empréstimo, então o dia em que uma ia devolver a outra ia junto para retirar. Era assim. Passamos um ano estudando esse livro; a gente não tinha outras fontes, não tinha nada. Mais uma contribuição do centro acadêmico: tinha uma biblioteca e nós fazíamos festa, vendíamos apostilas das aulas para comprar livros.

V - Mas as pessoas que estão hoje não têm a percepção, nem a sensibilidade de valorizar isso.

MI - Eu acho que o aluno de hoje, essa visão política, esse senso crítico, não tem mesmo.

V - Ninguém e até o inverso. Porque teoricamente você viveu durante o período do Regime Militar, na época, até que tentou-se abafar ao máximo qualquer tipo de manifestação.

MI - E eu acho que foi quando mais a gente se mobilizou.

V - Agora que está tudo liberado...

MI - Porque eu acho que isso foi fundamental, a gente sabia dos limites do curso; o que o curso ofereceria para nós era muito pouco, e fomos atrás, atrás mesmo. E a gente criticava se não estava bom, chegávamos e falávamos.

Minha turma se encontrou, esse ano, em outubro, para comemorar os 25 anos. Foi muito legal porque tem gente que hoje é professor; pessoas trabalham em diversas áreas. As pessoas se diversificaram, eu fui para a área de respiratória, a única a fazer isso, e todos estamos felizes, sabe? Quer dizer, ninguém em algum momento se arrependeu, “olha não deu certo eu mudei”, não, muito pelo contrário, são pessoas que tem uma bagagem enorme, uma vivência enorme. E que valeu a pena. Muito legal.

V - Legal Maria Ignêz. Olha, muitíssimo obrigada.

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS, EM
CONTRIBUIÇÃO À DISSERTAÇÃO DE Mestrado DE VALÉRIA
RODRIGUES COSTA DE OLIVEIRA, REALIZADO NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS.

Nome:

MARIA IGNEZ JANETTI FELTRIM

As próximas questões correspondem à formação profissional

1- Graduação:

() Fisioterapia – 2 anos

(X) Fisioterapia – 3 anos

() Fisioterapia – 4 anos

Local USP

Ano de conclusão: 1975

(X) Outros Cursos – Quais? Especialização em Fisiocardiopneumologia
Buenos Aires; Especialização em Eletromiografia Hospitalar GV, ⊕

2- Quais disciplinas mais contribuíram para sua formação profissional?

(Relacionar a disciplina ministrada e área de atuação desses professores)

manipulação e quiropraxia - Fisiologia.

3- Quais professores e respectivas disciplinas deixaram marcas na sua
formação? Cite algumas razões.

Eugenio Lopez Sanchez - equilíbrio e velocidade

⊕ mestrado e doutorado em Reabilitação Fm 1

4- Quais foram os profissionais que o influenciaram durante o período de formação? (fisioterapeutas e outros profissionais)

Davide Difine - aspectos científicos; Sonia Guzman; Danka Hauzer

5

5- Na sua opinião, quais as concepções teóricas estrangeiras que mais influenciaram na concepção do curso de Fisioterapia no Brasil. (Numere em ordem de prioridade)

(1) Inglaterra () Estados Unidos

(2) Alemanha () França

() outras _____

6- Numere em ordem as prioridades de atendimento realizado nas disciplinas práticas do curso.

() acidentados

() doenças congênitas

() Pré ou pós operatórios

() outras _____

não entendo a questão

7- O curso realizado valorizava mais a:

(X) prática () teoria () ambas

Por quê? escassez de professores e de áreas de atuação

8- Realizou cursos de pós-graduação?

() não

(X) sim. Quais? 3) método em Reabilitação - "

Localidade: 1) Doutorado " " - "

2

1) Especialização em Fisioterapia - Buenos Aires

2) " Administração Hospitalar - São Paulo

As próximas questões se referem à atividade profissional

9- Atuação profissional inicial.

Local: Instituto Pró-Vita

Ano: 1976 - 1977

Área: Fisioterapia Ocupacional

10- Exerce outra atividade econômica além da fisioterapia?

() sim - Qual?

(X) não

11- Como considera sua relação com os demais profissionais da saúde?

excelente, existem pequenos proble-
mas políticos, locais e situações mas
não comprometem o desempenho profissional

12- Como você vê a valorização do fisioterapeuta dentro da área de saúde?

crescendo cada vez mais

13- Participa de entidades profissionais?

() não

(X) sim - Quais? SOBRAFIR e ALAT

As próximas questões referem-se às organizações da categoria profissional no Brasil

14- Quais foram as primeiras entidades representativas dos fisioterapeutas no Brasil?

- 1) Assoc. Brasileira de Fisioterapia e suas Regionais
- 2) Sistema Coffito - Cufito
- 3) Sinfito
- 4) Sobrafis

15- Como foram organizadas?

A Sobrafis se organizou a partir da formação de núcleos de estudos em Pernambuco, sendo criada em 1986 com 1 diretoria nacional. A partir de 1994 criou suas regionais

16- Quais eram os principais objetivos dessas entidades?

Da Sobrafis → conseguir credenciações todos que atuam em FR e Físio em UTI

17- Como foram as participações dos grupos de profissionais dos diferentes Estados do país?

Sobrafis — as mais atuantes são MG, São Paulo; atualmente começaram a se destacarem a organização do RS e Rio de Janeiro, mas há a ideia de integração por todo o país

18- Essas organizações foram apoiadas por partidos políticos?

() sim – Quais? _____

(X) não _____

19- Como os partidos políticos agiram favorável/desfavoravelmente à organização da categoria profissional?

acho que ambito atual a Sobrafi
deve estar excluida desse sistema
para não se contaminar

20- As organizações de classe contribuíram na elaboração dos currículos dos cursos de Fisioterapia no Brasil?

(X) não _____

() sim _____

Como?

A Sobrafi ã conta ainda com o
reconhecimento formal de subes. órgão da
categoria

As próximas questões referem-se às políticas do período militar

21- As políticas educacionais do período militar influenciaram na construção dos currículos de Fisioterapia?

() não _____

() sim _____

Como não sei _____

22- Quais eram as prioridades nas políticas de saúde neste período?

O atendimento público, que se não era tão bom, havia mais n.º de centros de reabilitação

23- Como o fisioterapeuta era considerado dentro das políticas de saúde deste período?

uma profissão que se iniciava não era muito percebida

As próximas questões referem-se ao papel da Fisioterapia atualmente

24- Quanto ao estado atual da profissão no país, quais considerações você faz a respeito de:

Influências externas: na especialidade FR/FUTI acho bastante interessantes já conseguimos incorporar as atividades de terapia respiratória americana

Influências internas: A abertura de UTIs e a divulgação do papel do ft fizeram com que houvesse um crescimento no mercado de trabalho

Conquistas:

- ft em UTI por tempo prolongado (12-24h)
- domínio das tecnologias em VM/oxigenoterapia
- ensino científico dos ft na carreira universitária

Frustrações:

- não haver leis que determinem o papel do ft em UTI e a obrigatoriedade de sua presença em todas UTIs
- lideranças de classe

Objetivos:

Desafios:

- discussão com os gerenciadores de saúde no Brasil (sistema SUS e planos saúde/comerciais)
- Uniformidade de terminologia e de protocolos de atendimento em FRT

25- Você conhece a nova proposta curricular para os cursos de Fisioterapia?

não

sim

Qual sua opinião sobre ela?

Obrigada

ANEXO 10 - PARECER 388/63

administração dos serviços de reabilitação, cuja tendência é ganhar corpo, para comportar as equipes e as custosas instalações de trabalho.

• PORTARIA MINISTERIAL Nº 511/64, de 23 de julho de 1964

Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia Ocupacional.

O Ministro de Estado da Educação e Cultura, atendendo a recomendação do Conselho Federal de Educação contida no Parecer nº 388/63, aprovado em 10 de dezembro de 1963, na conformidade do art. 9º, § 1º da LDB,

RESOLVE:

Art. 1º — O currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a formação de Técnico em Fisioterapia e de Técnico em Terapia Ocupacional compreende matérias comuns e matérias específicas, como se segue:

- a) *Matérias comuns:*
Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada;
b) *Matérias específicas do Curso de Fisioterapia:*
Fisioterapia Geral, Fisioterapia Aplicada;
c) *Matérias específicas do Curso de Terapia Ocupacional:*
Terapêutica Ocupacional Geral, Terapêutica Ocupacional Aplicada.

Art. 2º — A duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional será de 3 anos letivos.

Flávio Suplicy de Lacerda

5 — FISIOTERAPIA/33 — TERAPIA OCUPACIONAL

Habilitação única (específica para cada curso)

• PARECER Nº 388/63, aprovado em 10 de dezembro de 1963 (*)

Relator: Cont. Clóvis Salgado

O Parecer nº 362/63, em sua conclusão deliberou que o CFE fixasse os currículos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, para a formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A tarefa se encontra muito facilitada pela circunstância do assunto ter sido objeto, em 1962, de substancial estudo de uma comissão de peritos nomeados pelo Diretor do Ensino Superior, constante do Vol. 4 do processo nº 97.990/61.

A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico. A este cabe dirigir, chefiar e liderar a equipe de reabilitação, dentro da qual são elementos básicos: o médico, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional.

Não compete aos dois últimos o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, atividades e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paraimédicos se chamassem Técnico em Fisioterapia e Técnico em Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontece a enfermeiros, obstetras e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnico em Fisioterapia e Técnico em Terapia Ocupacional.

Dentro deste espírito de bem localizar as atribuições e responsabilidades dos Técnicos em Fisioterapia e dos Técnicos em Terapia Ocupacional a Comissão entendeu excessivo o currículo da Escola de Reabilitação da ABBR. Preferindo esta uma bem mais modesto e exequível, como convém ao meio brasileiro que só agora cuida de instalar a primeira escola do gênero. A falta de experiência e de professores regularmente habilitados, bem como de instalações, laboratórios e equipamentos especializados aconselha começar de modo menos ambicioso.

Concordando com o ponto de vista da Comissão, adotamos os currículos por ela elaborados, com pequenas modificações. Os cursos terão a duração de três anos letivos, com matérias comuns e matérias específicas.

Entenda-se que as matérias básicas serão resumidas ao indispensável à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados são chamados a praticar. Tem a significação de fundamentos científicos da profissão, al como acontece no caso da enfermagem. Quanto à matéria Administração Aplicada, deve-se entender por organização e

(*) Redação final, com as emendas aprovadas pelo Plenário.

ANEXO 11 - DECRETO-LEI 938/69

FISIOTERAPEUTA E TERAPEUTA OCUPACIONAL

DECRETO LEI N. 938 - DE 13 DE OUTUBRO DE 1969

[XOU] n.º 197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969 Sec 1 - Pág. 1658
Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências

Os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1.º do Ato Institucional n.º 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1.º do artigo 2.º do Ato Institucional n.º 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam:

Art. 1.º É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art. 2.º O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3.º É atividade privativa do fisioterapeuta executar método e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Art. 4.º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5.º Os profissionais de que tratam os artigos 3.º e 4.º poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um:

I - dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;

II - exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio.

III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Art. 6.º Os profissionais de que se trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7.º Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2.º deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8.º Os portadores de diplomas expedidos até a data da publicação do presente Decreto-lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados, desde que requeiram, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro, observando-se quando for o caso, o disposto no art. 6.º

Art. 9.º É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação do presente Decreto-lei.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-lei, exerçam sem habilitação profissional, em serviço público, atividades de que cogita o artigo 1.º, serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar-de-fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

§ 1.º O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2.º A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura promoverá a realização, junto às instituições universitárias competentes, dos exames de suficiência a que se refere este artigo.

Art. 11. Ao órgão competente do Ministério da Saúde caberá fiscalizar, em todo o território nacional, diretamente ou através das repartições sanitárias congêneres dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o exercício das profissões de que trata o presente Decreto-lei.

Art. 12. O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constantes do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei no. 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e auxiliar de terapia ocupacional.

Art. 13. O presente Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 12 - PARECER 622/82

1972/82, no qual a mantenedora esclarece que se "após ampla consulta aos seus corpos docente e discente, a mantenedora resolveu continuar pedinte de se manter na área Terapêutica sob a forma de Esquerda I e II" esta interessava a solicitação da Missão Sulista de Mato Grosso, opinando pelo oferecimento do curso, ficando mantido, sob a modalidade de Equipe Relatora do curso de Formação de Professores da Parte de Formação Especial do arquivamento Ensino de 2º grau.

mas I e II, como parecer.
 Curriculo de
 É o NÃO DA CÂMARA

III - DECISÃO de Ensino Superior, 10 Grupo, acolhe o voto da Relatora.
 das Sessões, em 30 de novembro de 1982.

A Círculo Fernandes de Araújo - Presidente/Eurides Brito da Silva - Relator

Sala
 (Ass) Dom S
 Relator

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - SP

Resolução nº 622/82, aprovado em 3/12/82 (Proc. nº 327/82)

Curriculo de
 C C C - PAIÓRIO

RELAÇÃO Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional encaminhado à Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura projeto do novo currículo para os cursos de formação de Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional.

Este projeto foi elaborado pelo Conselho, em colaboração com a Associação de Fisioterapeutas e Associação de Terapeutas Ocupacionais do Conselho Superior de Educação Superior o processo foi encaminhado ao Conselho Superior de Educação Superior.

Brasil. Da Resolução mínima vigente para as referidas profissões data de 1963 (Parecer nº 385), o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

O currículo não em vigor somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, o que ocorreu somente em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938. Tal parecer não foi homologado pela Portaria Ministerial nº 531/69, ficando o currículo não em vigor.

Curriculo e Terapêutica sistematicamente o seu trabalho durante todo o processo terapêutico. Utiliza na sua prática diversos recursos físicos e naturais (água, eletricidade, calor, luz, frio), a massoterapia, a cinesioterapia e a manipulação terapêutica. Terapeuta Ocupacional é o profissional da equipe da saúde que faz uso específico de atividades expressivas, lúdicas, artísticas, vocacionais, artesanais e de auto-manutenção. Avalia, previne e trata indivíduos que, por distúrbios de origem física e/ou mental e/ou social e/ou de desenvolvimento, apresentam alterações de suas funções com o objetivo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Avalia as alterações apresentadas pelo paciente nas relações interpessoais, de trabalho e de lazer, decorrentes de sua disfunção específica. Cria, desenvolve e acompanha o programa terapêutico, selecionando métodos, técnicas e recursos apropriados. Trata-se, portanto, de profissionais com atividades complexas, que necessariamente sintético, não garante um mínimo de conhecimentos necessários para a formação de um bom profissional.

O projeto de currículo mínimo elaborado pelo Relator baseia-se nos projetos apresentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pela Associação Brasileira de Fisioterapeutas e pela Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil, tendo havido também troca de idéias com os dirigentes dessas instituições, que prestaram toda a colaboração necessária. Existem, atualmente, no País, vinte e três cursos de Fisioterapia e quatorze de Terapia Ocupacional. Aprovada a presente proposta e emitida a Resolução correspondente, os cursos já reconhecidos terão o prazo de 1 (um) ano para se adaptarem às novas exigências, e os ainda não reconhecidos deverão fazer essa adaptação antes de solicitarem o reconhecimento.

Curriculo Mínimo para os Cursos de Fisioterapia

I - Ciclo de Matérias Biológicas:

- 1 - Biologia
- 2 - Ciências Morfológicas, incluindo Anatomia Humana e Histologia
- 3 - Ciências Fisiológicas, incluindo Bioquímica, Fisiologia e Biofísica
- 4 - Patologia, incluindo Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas

II - Ciclo de Matérias de Formação Geral

- 1 - Ciências do Comportamento, incluindo Fundamentos de Sociologia, Antropologia, Psicologia, Ética e Deontologia
- 2 - Introdução à Saúde Humana, compreendendo Noções de Saúde Pública
- 3 - Metodologia da Pesquisa Científica, incluindo Estatística

III - Ciclo de Matérias Pré-profissionalizantes

- 1 - Fundamentos da Fisioterapia, compreendendo História da Fisioterapia e Administração em Fisioterapia
- 2 - Avaliação Funcional, compreendendo Cinefisiologia, Bases de Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia
- 3 - Fisioterapia Geral, compreendendo Eletroterapia, Termoterapia, Fono-terapia, Hidroterapia e Mecanoterapia
- 4 - Cinesioterapia, compreendendo Exercícios Terapêuticos e Reabilitação Funcional