

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

FABIO BATALHA MONTEIRO DE BARROS

**FISIOTERAPIA, POLIOMIELITE E FILANTROPIA: A ABBR E A FORMAÇÃO
DO FISIOTERAPEUTA NO RIO DE JANEIRO (1954-1965)**

Rio de Janeiro
2009

FABIO BATALHA MONTEIRO DE BARROS

**FISIOTERAPIA, POLIOMIELITE E FILANTROPIA:
A ABBR E A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA
NO RIO DE JANEIRO (1954-1965)**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2009

Ficha catalográfica

B277f Barros, Fabio Batalha Monteiro de.
Fisioterapia, poliomielite e filantropia ; a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro(1954-1965) / Fabio Batalha Monteiro de Barros.-- Rio de Janeiro : s.n. 2009.

---- f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

Bibliografia: p.

1. Fisioterapia. 2. Poliomielite 3. Saúde Pública. 4.. História. Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. 5. Rio de Janeiro. I. Título

CDD615.82

FABIO BATALHA MONTEIRO DE BARROS

FISIOTERAPIA, POLIOMIELITE E FILANTROPIA: A ABBR E A FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO RIO DE JANEIRO (1954-1965)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) - Orientador

Prof. Dr. Alexandre Magno Teixeira de Carvalho (UNIRIO)

Profa. Dra. Dominichi Miranda de Sá (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Profa. Dra. Marly Silva da Motta (CPDOC/FGV)

Profa. Dra. Tania Maria Dias Fernandes (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Suplente:

Prof.Dr. Marcos Souza Freitas (UFJF)

Profa.Dra. Maria Rachel de G. Fróes da Fonseca (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Rio de Janeiro

2009

Dedicatória

Dedico esta tese a Xangô e Oxum, a Obaluaiê, Ogum, Oriente, Iemanjá, Iansã, Oxoce e a Oxalá e, também, aos Exus, Caboclos e aos Pretos-Velhos, aos nossos ancestrais; que a força dos orixás, sua tradição e história abram nossos caminhos.

Dedico este trabalho também à minha família - Nancy, Isis, a meu pai e minha mãe, meu irmão de sangue Tiago e meus irmãos de alma, desta e de outras tantas vidas.

Por fim, dedico este trabalho aos educandos e educadores que buscam na ciência, na espiritualidade e no cotidiano, forças para problematizar, intervir e transformar a sociedade em que vivemos.

Agradecimentos

Ao meu orientador prof. Dr. Gilberto Hochman, pelas preciosas contribuições e críticas, e por ter aceitado o desafio desta orientação do começo ao fim.

À Diretoria e funcionários da ABBR que, tão gentilmente, me receberam e colaboraram para a realização desta pesquisa, em especial, à Superintendência Executiva da ABBR e às funcionárias Ana Rosa Rodrigues, Ana Cristina Franzoi e Rita Lusier de Oliveira Figueiredo.

À Dona Maria Antonia Pedrosa Campos, sem cuja generosidade e simpatia, esta tese não teria sido possível.

Aos funcionários dos diversos arquivos visitados, em especial à equipe do Conselho Nacional de Educação, pelo envio de cópia de documentos históricos.

Ao Observatório História e Saúde da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde-SEGETES-MS/OPAS, pela bolsa de auxílio à pesquisa no ano de 2005.

Aos meus colegas de turma do programa de pós-graduação em História das Ciências e da Saúde que, especialmente nos anos de 2005 e 2006, dividiram as mesmas críticas, angústias e alegrias durante as disciplinas do curso.

A todos os professores do programa de pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz.

À Profa. Dra. Rachel Fróes da Fonseca, coordenadora do programa de pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, pelo apoio e gentileza.

A Dra. Laurinda Rosa Maciel e Profa. Dra. Ana Beatriz de Sá Almeida, da Casa de Oswaldo Cruz, pelo apoio e incentivo no trabalho de pesquisa com depoimentos orais.

A Léa Soares e Valéria Oliveira, por gentilmente terem enviado seus trabalhos de pesquisa.

Aos trabalhadores da Casa de Oswaldo Cruz, em especial à Wanda Latmann Weltman e demais colaboradores da biblioteca, e à Claudia Maria Cruz e Paulo Henrique Chagas da Cunha, pela eficiência e sensibilidade.

Aos colegas de trabalho do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), aos colegas professores que me incentivaram e, em especial, ao Diretor professor José Airton e ao Reitor professor Luiz Edmundo Vargas, pelo apoio e confiança.

À minha filha Isis e minha esposa Nancy, por terem me ajudado sempre que possível e, por vezes, sofrido junto comigo nestes turbulentos anos de tese.

Às Sras. Odiléa Alves de Souza, Marisa Murray, Maria Antônia Pedrosa Campos e Ana Teperino, entrevistadas para este trabalho, pela paciência e estímulo.

Às professoras Dominichi Miranda de Sá e Marly Silva da Motta pelas valiosas contribuições, críticas e incentivo na banca de qualificação desta tese.

À colega de trabalho e revisora de língua portuguesa, Dilza Magioli, pela gentileza em aceitar a revisão deste texto.

Ao Prof. Alexandre Magno Teixeira de Carvalho e esposa, Elizabeth Carvalho Benjó, pela parceria intelectual, de trabalho e verdadeira amizade.

Aos amigos do Terreiro Caboclo Urubatão, pelo apoio e compreensão, fundamentais na fase final de elaboração desta tese.

Aos estudantes, professores, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, parceiros curiosos e intelectuais, pelos questionamentos, dúvidas e opiniões.

À Dara, esta labradora que me adotou como um pai e encheu de alegria meus dias de trabalho na construção da tese.

SUMÁRIO

Introdução.....	14
Capítulo 1: Fisioterapia e reabilitação.....	19
A produção bibliográfica sobre a profissionalização da fisioterapia no Brasil	19
Profissão, monopólio e profissionalização	26
Reabilitação: campo de disputas profissionais	30
A Formação de fisioterapeutas no cenário internacional.....	33
A expansão da fisioterapia e da reabilitação no Brasil	38
Reabilitação médica e a cura social	40
Organismos internacionais e reabilitação	44
Capítulo 2: Poliomielite e fisioterapia.....	50
O poder de "matar, mutilar e deformar"	51
A "praga" da classe média	54
Desigualdades sociais, segregação racial e a política da pólio	56
Pólio, mídia e filantropia norte-americana.....	60
Pólio na Casa Branca.....	61
O papel da mídia impressa na pólio	66
Poliomielite e o desenvolvimento da fisioterapia	70
Novos serviços e a demanda por fisioterapeutas	71
Os pulmões de aço.....	73
Teste muscular e o estudo do movimento humano	77
Precisa-se de fisioterapeutas	79
Considerações finais	82
Capítulo 3: As epidemias de poliomielite no Brasil.....	83
A fisioterapia desde as primeiras epidemias.....	84
O Perfil social da epidemia	86
Poliomielite e saúde pública na sociedade carioca.....	89
Pólio: uma doença de natureza especial	90
De Vila Isabel para o Brasil e o Mundo.....	93
Atuação internacional	95
O atendimento no Hospital Jesus	97
A Pólio e a imprensa carioca.....	100
Vacinas Salk e Sabin no Rio de Janeiro	108
A Pólio na Câmara dos Deputados	110
Considerações finais	112

Capítulo 4: Nos tempos da ABBR.....	114
Política e sociedade nos tempos da ABBR	115
JK, saúde pública e desenvolvimentismo	118
A III Conferência Nacional de Saúde.....	121
Filantropia e a fundação da ABBR.....	123
A criação da ABBR	124
Empresários e reabilitação	130
Filantropia oficial	135
Apoios políticos.....	138
As Legionárias.....	144
Considerações finais	150
Capítulo 5: A formação dos fisioterapeutas na ERRJ	151
A Escola de Reabilitação	152
Fisioterapeutas de nível superior	155
Diferenças com a formação em São Paulo	156
Os primeiros anos da ERRJ.....	158
As primeiras turmas	162
Identidade e disputas profissionais.....	166
Professores e currículo.....	170
O Regimento Interno	174
O treinamento dos alunos no Centro de Reabilitação	181
Capítulo 6: Reconhecimento do curso e da profissão.....	184
Associações e mobilização pelo reconhecimento profissional	185
A Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara.....	189
Os projetos no Congresso Nacional.....	196
O reconhecimento no Conselho Nacional de Educação	199
Conclusões.....	208
Bibliografia e fontes.....	214
Fontes primárias	214
Arquivos consultados	214
Depoimentos	214
Bases de dados	216
Materiais impressos.....	216
Fontes secundárias	226
Bibliografia	226
Anexos	234

Anexo 1	235
Anexo 2	236
Anexo 3	241
Anexo 4	244
Anexo 5	247
Anexo 6	249
Anexo 7	250
Anexo 8	257
Anexo 9	258

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Cartaz convidando a população para participar da "March of Dimes". Fonte: http://medlineplus.nlm.nih.gov/exhibition/ephemera/images/pubhl25.jpg . Acesso em 28/03/2008	64
Ilustração 2. Gráfico baseado em dados das páginas 36 a 41 do U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. Vital Statistics of the United States - 1952, Mortality Data. Vol.II. Washington, 1955.	70
Ilustração 3. Pulmões de aço no Hospital Rancho Los Amigos, 1953. Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Image:Iron_Lung_ward-Rancho_Los_Amigos_Hospital.gif . Acesso em 28/03/2008.	74
Ilustração 4. Uma enfermaria do Centro de Tratamento de Pólio, no Hospital Jesus, algumas crianças fazendo uso dos pulmões de aço, sendo monitoradas por enfermeiras. Disponível em: http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/pdf/Polio320.pdf . Acesso em 13/04/2008.	98
Ilustração 5. O empresário Percy Charles Murray (recostado na cadeira especial), Presidente da ABBR, em reunião com o Presidente Juscelino Kubitschek no Palácio do Catete (Fonte: Acervo da ABBR).	134
Ilustração 6. Panfleto de divulgação da ABBR, (sem data de publicação apresentada, provavelmente final da década de 1960)	136
Ilustração 7. Juscelino Kubitschek e Dona Sarah, na inauguração do Centro de Reabilitação da ABBR (1957), sendo observados, à direita de vestido escuro, pela Sra. Malu da Rocha Miranda, Presidente das Legionárias, e esposa de Celso Rocha Miranda.	140
Ilustração 8. Visita do Governador Carlos Lacerda à ABBR, acompanhado pelo Dr. Hilton Batista (terno escuro) e Fernando Lemos (calça escura e paletó branco) (1962).	142
Ilustração 9. Mensagem de próprio punho do governador Carlos Lacerda no livro de visitas da ABBR, em fevereiro de 1962: "Realizei, hoje, um desejo sincero: o de conhecer, por dentro, a ABBR. Por dentro ela é ainda melhor e maior do que por fora. Deus ajude os que fazem esta obra. O Estado procurará cumprir o seu dever."	142
Ilustração 10. Página do catálogo de divulgação da ABBR, início da década de 1960.	145
Ilustração 11. Mensagem do escritor Fernando Sabino no Livro das Legionárias da ABBR (A abnegação dos responsáveis pela ABBR é dessas coisas que redimem o homem de seus erros e faz-nos acreditar mais ainda na origem divina da natureza humana. Fernando Sabino, 9/9/59)	148
Ilustração 12. Construção da Escola de Reabilitação e do Centro de Reabilitação da ABBR na Rua Jardim Botânico 660 (1957). Fonte: Acervo ABBR	153
Ilustração 13. Aula prática clínica realizada pelos alunos. (Fonte: Acervo ABBR)	164
Ilustração 14. Tabela com as disciplinas teóricas do primeiro ano do curso de fisioterapia da ERRJ. Adaptado do Manual do Aluno, ABBR, 1957.	171
Ilustração 15. Tabela com as disciplinas teóricas do primeiro ano do curso de fisioterapia da ERRJ. Adaptado do Manual do Aluno, ABBR, 1957.	172
Ilustração 16. Tabela com a listagem dos primeiros professores e suas disciplinas. Adaptação do Manual do Aluno, 1957 (Acervo ABBR).	173
Ilustração 17. Tabela com listagem dos professores e suas disciplinas, de acordo com Regimento Interno da ERRJ. Adaptado de ABBR, 1962.	179
Ilustração 18. Tabela com número de atividades por tipo de atendimento, de 1957 a 1961. ABBR, 1962B (Acervo ABBR).	182
Ilustração 19. Visita do Presidente General Castello Branco à ABBR, em 1965. (Fonte: Acervo ABBR)	195

RESUMO

Durante os anos de 1950, em diferentes países do mundo, surtos epidêmicos de poliomielite deixaram milhares de pessoas, principalmente crianças, com graves sequelas. No Brasil, o clamor social diante das consequências das epidemias de paralisia infantil, as matérias na imprensa e a associação de médicos a empresários, industriais, banqueiros, políticos e familiares das vítimas de poliomielite criaram as condições para o surgimento de uma entidade filantrópica na antiga Capital Federal, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). O objetivo principal desta tese é analisar o processo de profissionalização da fisioterapia no Rio de Janeiro, a partir da criação da ABBR, em 1954, até o reconhecimento da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ), em 1965. São debatidos o desenvolvimento da fisioterapia e reabilitação no pós-segunda Guerra, o impacto social da poliomielite e a sua relação com ações de filantropia e a mobilização da sociedade carioca em torno da ABBR. A partir da discussão sobre a poliomielite são analisados, do ponto de vista histórico, os critérios para definição de prioridades e alocação de recursos em saúde pública e as responsabilidades assumidas pelo Estado em relação ao tratamento dos doentes. São discutidos o papel da ERRJ e da Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara (AFEG) nas diversas tentativas de reconhecimento da profissão de fisioterapeuta no país. São analisadas também as disputas por mercado de trabalho e autonomia profissional entre os recém formados fisioterapeutas e médicos, enfermeiros, massagistas e educadores físicos. A principal conclusão da tese é que a poliomielite teve um papel central na criação da ABBR e da ERRJ e que estas instituições, assim como a AFEG, tiveram papel decisivo na profissionalização da fisioterapia no país.

ABSTRACT

During the years of 1950, in different countries of the world, outbreaks of polio epidemics left thousands of people, mainly children, with serious sequelae. In Brazil, the public outcry in the face of social consequences of epidemics of infantile paralysis, the reports in the press and the medical association of businessmen, industrialists, bankers, politicians and relatives of victims of poliomyelitis created the conditions for the emergence of a philanthropic organization in the former Federal Capital, the Brazilian Beneficent Association of Rehabilitation (ABBR). The main objective of this thesis is to analyze the process of professionalization of physical therapy in Rio de Janeiro, from the creation of ABBR in 1954, by the recognition of the School of Rehabilitation of Rio de Janeiro (ERRJ) in 1965. Discussed are the development of physiotherapy and rehabilitation in post-War II, the social impact of polio and their relation to actions of philanthropy and the mobilization of society around the ABBR. From the discussion on poliomyelitis are analyzed, from a historical perspective, the criteria for setting priorities and allocating resources in public health and the responsibilities assumed by the State in relation to the treatment of patients. Discusses the role of ERRJ and the Association of Physiotherapists of the State of Guanabara (AFEG) in several attempts to recognize the profession of physiotherapist in the country. Disputes are also analyzed by the labor market and professional autonomy among newly trained physiotherapists and doctors, nurses, massage therapists and physical educators. The main conclusion of the thesis is that polio had a central role in the creation of the ABBR and ERRJ and that these institutions, as well as AFEG, had a decisive role in the professionalization of physical therapy in the country.

Introdução

A profissão de fisioterapeuta foi regulamentada no Brasil no dia 13 de outubro de 1969. O Decreto-Lei nº. 938 a definiu como profissão de nível superior, cabendo ao fisioterapeuta, de forma privativa, a realização de “métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente” (Brasil, 1969). A Junta Militar que governava o país em 1969, ao assinar esse Decreto-Lei, regulamentou o exercício das profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional, definindo suas áreas de atuação e sua formação. O exercício profissional na área da fisioterapia tornou-se, desde então, exclusividade de fisioterapeutas formados em cursos de nível superior.

Embora o Decreto-Lei nº. 938 tenha sido um marco institucional importante para o estabelecimento da profissão de fisioterapeuta no país, pouco se sabe sobre as décadas que o antecederam e os processos e lutas que o viabilizaram. A presente tese procura descrever e analisar o início da profissionalização da fisioterapia a partir da criação e do reconhecimento do curso de formação de fisioterapeutas da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ).

A ERRJ foi criada pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) em 1956 e foi a primeira instituição no país a oferecer, em caráter regular, um curso de graduação em fisioterapia. Ao longo desta tese serão analisadas as influências de diferentes acontecimentos do cenário regional, nacional e internacional relacionados, direta ou indiretamente, com a criação e o reconhecimento da ERRJ e, portanto, com a conformação da fisioterapia como atividade profissional específica e regulamentada.

As principais fontes utilizadas neste trabalho foram documentos do acervo pessoal de Maria Antonia Pedrosa que, por mais de vinte anos, trabalhou como secretária da ERRJ, documentos do acervo institucional da ABBR, além de

periódicos de grande circulação no Rio de Janeiro (Correio da Manhã, Tribuna da Imprensa e O Globo), que traziam matérias sobre as epidemias de poliomielite, a mobilização da sociedade carioca em ações de filantropia, a influência de organismos internacionais na criação de centros de reabilitação e o funcionamento da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. São analisados, também, documentos do Conselho Federal de Educação, as atas de reuniões da Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara (AFEG) e a legislação relacionada ao período de reconhecimento da ERRJ.

Também como fontes históricas foram realizadas entrevistas com pessoas ligadas à criação e/ou ao funcionamento da ABBR e da ERRJ, com objetivo de apurar novas informações e complementar as fontes documentais disponíveis. Foram entrevistadas para este trabalho as seguintes pessoas: Maria Antônia Pedrosa Campos, ex-paciente da ABBR e por mais de vinte anos secretária da ERRJ; Odiléa Alves de Souza, fisioterapeuta formada pela primeira turma da ERRJ, ex-funcionária da ABBR e uma das fundadoras da AFEG; Ana Teperino, mãe de paciente no Centro de Reabilitação da ABBR nos anos de 1960; Marisa Murray, cunhada do primeiro presidente da ABBR, Percy Murray, e membro fundadora das Legionárias da ABBR. Foram selecionados também trechos de entrevistas realizadas por outros projetos de pesquisa, que pelo teor de seus depoimentos contribuía com informações relevantes para este trabalho. Foi o caso dos depoimentos de Oacyr Pinto e Pedro Pinheiro, médicos do Hospital Jesus, entrevistados para o "Seminário 40 anos da Vacina Sabin no Brasil" (COC/FIOCRUZ); o depoimento de Plácido Rocha Miranda, entrevistado para a pesquisa "A Atividade de Seguros no Brasil" (CPDOC-FGV); e o depoimento de Fernando Lemos, entrevistado para a dissertação sobre Terapia Ocupacional da pesquisadora Léa Soares.

A realização deste trabalho foi motivada por uma trajetória profissional e acadêmica voltada para compreender a construção histórica da profissão de fisioterapeuta no país. Como professor da graduação em fisioterapia e, também como pesquisador da área de história, este trabalho procura atender, inegavelmente, a dois interesses pessoais: escrever a narrativa histórica propriamente dita, com o rigor e a qualidade que o trabalho de pesquisa merece

e, também, utilizar a pesquisa histórica como instrumento para reflexão sobre a situação da profissão de fisioterapeuta no país.

Como corte inicial, foi definido o ano de fundação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR (1954), por tratar-se da instituição onde foi criada e funcionou a primeira escola de nível superior a formar fisioterapeutas no país: a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ. Como corte final para a pesquisa, foi definido o ano de 1965, quando a ERRJ foi oficialmente reconhecida pelo governo brasileiro e os fisioterapeutas ali formados tiveram, então, seus diplomas validados pelo Ministério da Educação como de nível superior.

A escolha da cidade do Rio de Janeiro, como foco principal de pesquisa, deve-se ao seu pioneirismo com relação à formação de fisioterapeutas em nível superior no país. Tanto em São Paulo, quanto no Rio de Janeiro, ainda nas décadas de 1940 e 1950, existiram outras experiências em sua maioria, descontinuadas, de formação de fisioterapeutas (ou similares), em cursos de nível técnico ou de extensão universitária.

A opção, por realizar a pesquisa no jornal “O Globo”, justifica-se pelo fato de um de seus diretores fundadores, Herbert Moses, ter participado diretamente da criação da ABBR. A opção, por realizar a pesquisa nas páginas dos jornais “Correio da Manhã” e “Tribuna da Imprensa” teve por objetivo escolher periódicos de grande circulação nos anos de 1950 e que ocupassem diferentes posições no cenário político. O Correio da Manhã, de posição mais liberal apoiou a posse de Juscelino Kubitschek (JK) em 1955 e a de João Goulart como presidente em 1961. O jornal Tribuna da Imprensa, de posição mais conservadora, foi criado e dirigido por Carlos Lacerda, ex-colunista do Correio da Manhã, deputado federal e, depois, Governador do Estado da Guanabara, representante da ala radical da UDN, um dos mais implacáveis opositores de Getúlio Vargas, JK e Jango.

A tese aqui apresentada está organizada em seis capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma breve revisão dos principais trabalhos publicados sobre a história da fisioterapia no Brasil, assim como são analisados os diversos movimentos que antecederam e, ao mesmo tempo, criaram as condições para o

surgimento da ABBR. Nesse contexto, são discutidos o desenvolvimento da fisioterapia, as primeiras escolas formadoras e serviços, o movimento internacional de reabilitação no pós-segunda Guerra Mundial e o papel das organizações internacionais.

Epidemias de poliomielite no mundo e a sua relação com a fisioterapia são objetos de discussão no decorrer do segundo capítulo. São abordados assuntos relacionados ao perfil social da doença, à filantropia norte-americana, ao desenvolvimento científico, ao tratamento dos doentes e à repercussão na mídia impressa e na saúde pública. São debatidas, especialmente, as diferentes respostas de governos e da sociedade civil às epidemias de poliomielite em diferentes países, seu impacto social e sua relação com o estabelecimento da profissão de fisioterapeuta, em diversas partes do mundo.

O terceiro capítulo aborda alguns aspectos das epidemias de poliomielite no Brasil, em particular na então Capital Federal. São discutidos o impacto social da pólio e a sua presença na imprensa. É abordado, também, o protagonismo do Hospital Jesus, no Rio de Janeiro, no tratamento dos doentes e a sua relação com a fisioterapia.¹

O quarto capítulo trata da criação da ABBR como alternativa da sociedade civil carioca para o tratamento das vítimas de paralisia infantil. São analisados os contextos social, sanitário e político do país à época da criação e dos primeiros anos de funcionamento da ABBR, assim como as relações do poder público e do empresariado com a criação dessa entidade. A criação do centro de reabilitação da instituição e o papel da filantropia na arrecadação de recursos são também objetos de análise.

O quinto capítulo trata principalmente da Escola de Reabilitação da ABBR, desde sua criação até seu reconhecimento oficial em 1965. Nesse capítulo são discutidos o pioneirismo da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, a elaboração do currículo e o funcionamento do curso de formação de

¹ No decorrer da tese a poliomielite poderá ser nomeada também como paralisia infantil, ou simplesmente como pólio, palavras amplamente utilizadas nos meios de comunicação.

fisioterapeutas. São analisados os perfis de professores e alunos, a busca por uma identidade profissional, as disciplinas ministradas, a infra-estrutura e as normas do curso.

O sexto e último capítulo da tese descreve o processo de reconhecimento dos cursos da ERRJ no Conselho Federal de Educação e os primeiros anos de criação e funcionamento da Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara – AFEG, suas ligações com a ABBR e a ERRJ. São analisadas as indefinições quanto ao nome da profissão, as disputas com outras profissões por mercado de trabalho e autonomia e as tentativas de regulamentação no Congresso Nacional.

Capítulo 1: Fisioterapia e reabilitação

Na introdução deste capítulo é apresentada uma visão geral dos trabalhos que contribuíram mais diretamente para o debate sobre a história da fisioterapia durante as décadas de 1950 e 1960. Esta revisão bibliográfica tem por objetivo situar o leitor quanto aos principais trabalhos publicados, sem, no entanto, pretender esgotar as referências a esses e a outros trabalhos ao longo dos próximos capítulos da tese. Em seguida, são discutidos diferentes conceitos relacionados à profissionalização e a sua importância para o debate sobre profissões no campo da saúde. São analisados ainda o movimento internacional de reabilitação no período após a segunda Guerra Mundial, a multiplicação de centros de reabilitação em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, e a criação de novas escolas formadoras de fisioterapeutas. O papel desempenhado pelas organizações internacionais no desenvolvimento de serviços de fisioterapia e reabilitação no Brasil e em outros países é também objeto de análise. O objetivo principal deste capítulo é descrever a situação da fisioterapia no país, abordando aspectos da conjuntura internacional e suas repercussões no Brasil.

A produção bibliográfica sobre a profissionalização da fisioterapia no Brasil

A história da profissão de fisioterapeuta no país tem sido objeto de estudo de professores e pesquisadores, principalmente fisioterapeutas vinculados a programas de pós-graduação em áreas como saúde coletiva, educação e na própria fisioterapia. Diversos trabalhos têm abordado períodos recentes da profissionalização da fisioterapia, tendo principalmente o Decreto-Lei 938, que regulamenta as profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional no Brasil,

como ponto de partida de suas análises, passando pela criação dos Conselhos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional nos anos 1970 e utilizando, por vezes, a história como pano de fundo para suas produções acadêmicas (Rebelatto, 1986; Rebelatto e Botomé, 1999; Moura Filho, 1999; Barros, 2002b; Nicida, 2002).

Dentre os trabalhos pesquisados, cujo objeto de estudo está mais diretamente relacionado com a história e profissionalização da fisioterapia merecem destaque a monografia de Figueirôa (1996), os artigos de Define e Feltrin (1986), Oliveira (2005), Marques (1994), Nascimento (2006), Barros (2003) e Sanchez (1971, 1984), as dissertações de Oliveira (2002), Nascimento (2004), Reis (2004) e Soares (1987).

A dissertação de Reis (2004) traz importantes contribuições a este campo de pesquisa, ao realizar uma análise da formação dos fisioterapeutas na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. A partir de produções de educadores como Anísio Teixeira e Durmeval Trigueiro Mendes, a autora descreve as mudanças ocorridas na legislação educacional sobre a formação dos fisioterapeutas brasileiros, a partir do parecer número 388 de 1963 até a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Fisioterapia, em 2002.

Ao analisar os cursos de nível superior existentes no Brasil no ano de 1966, Reis (2004) descreve a existência de seis instituições de ensino superior que ofereciam os cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional, sendo uma instituição federal, duas instituições estaduais e três instituições privadas. Em comparação com outras profissões, em 1966 existiam 40 cursos de medicina, 35 de serviço social, 42 de odontologia, 5 de nutrição, 29 de farmácia e 39 de enfermagem (Teixeira, 1989, p. 178 apud Reis, p.50).

O trabalho de Figueirôa (1996) oferece também contribuições importantes para a história da fisioterapia ao analisar a formação dos fisioterapeutas no país, a criação e as resoluções dos Conselhos de Fiscalização da profissão a partir de 1975 e o estabelecimento do currículo mínimo em 1983. A autora traça um panorama geral das principais instituições criadas no país com atuação na área

de reabilitação, iniciando com a fundação da Sociedade Pestalozzi do Brasil, em 1932, na cidade de Belo Horizonte.

Ao referir-se sobre a experiência paulista de formação em fisioterapia, Figueirôa ressalta a importância do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) que, a partir de 1958, passou a chamar-se Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo (USP). De acordo com a autora, e baseando-se em palestra de José Rodrigues de Souza, médico do INAR, nessa instituição foi organizado um curso regular de formação de fisioterapeutas, com duração de dois anos, iniciado em 1958 e que formou a primeira turma ao final de 1959 (ibid., p. 49). O INAR, que contou com o apoio e assessoria de organismos internacionais, foi extinto em 1968, tendo sido o curso de fisioterapia assumido pela Faculdade de Medicina da USP (ibid., p. 50).

Para Figueirôa (1996), a criação da ABBR é atribuída a Fernando Lemos, cujo filho teve poliomielite aos 15 anos. Após projetar diversos aparelhos para recuperação do filho, em sua casa em Petrópolis, Fernando Lemos aliou-se a um grupo de médicos liderados por Oswaldo Pinheiro Campos e a um grupo de empresários, tendo a frente Percy Charles Murray. A ERRJ, de acordo com a autora, teria sido criada para atender à demanda de tratamento do Centro de Reabilitação da ABBR. O primeiro vestibular da ERRJ ofereceu trinta vagas para Fisioterapia e Terapia Ocupacional. “Houve grande procura, com mais de 300 inscrições” (ibid., p.55 e 56).

O trabalho de Nascimento (2004) traz importantes contribuições históricas sobre a profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. Partindo de conceitos do campo da sociologia das profissões, e utilizando da análise de documentos e principalmente de entrevistas, a autora reconstituiu, a partir da década de 1940, práticas anteriores à fisioterapia, tais como massagistas e duchistas que atuavam nas fazendas de fontes termais mineiras, hotéis e mesmo no Palácio do Governo. Um dos casos narrados neste trabalho foi o de Nicola Lettieri, massagista e duchista, que iniciou sua carreira em 1945 no Grande Hotel de Araxá, sendo responsável pelo serviço de hidroterapia. Sobre a relação de Nicola com políticos mineiros:

Como atendia a muitos políticos, foi convidado pelo então governador do Estado, Juscelino Kubitschek, para servir em Palácio, onde era frequentemente indicado para atender a pessoas do círculo político do governador (ibid., p. 33).

Ortopedistas mineiros, como José Henrique Godoy da Mata Machado, Márcio de Lima Castro e outros foram fazer especializações em ortopedia e tinham contato com os tratamentos de reabilitação nos Estados Unidos. Márcio, por exemplo, que ficou durante três meses no Instituto de Reabilitação da Universidade de Nova Iorque, trouxe para Minas Gerais as técnicas utilizadas no pós-guerra para a recuperação de lesões traumáticas (ibid., p. 35).

O livro de José Rubens Rebelatto e Silvio Paulo Botomé (1999), intitulado “Fisioterapia no Brasil”, é um clássico sobre a constituição e formação dos fisioterapeutas brasileiros, referência obrigatória em quase todas as bibliotecas das mais de quinhentas instituições de ensino superior que formam fisioterapeutas no país. Sua análise é feita principalmente a partir do campo da educação, embora aspectos históricos sejam utilizados de forma relevante, a partir de algumas fontes documentais, com o objetivo de discutir os primeiros passos da regulamentação e formação dos fisioterapeutas, ainda na década de 1960. Na apresentação da primeira edição desse livro, o professor Carlos Eduardo dos Santos Castro revela seu entendimento sobre o início da formação dos fisioterapeutas no país:

Os profissionais fisioterapeutas surgiram no Brasil, assim como em muitos outros países, para executar fórmulas já prontas de terapia física, complementares aos serviços médicos (Rebelatto e Botomé, 1999, p.10).

Após análise do primeiro parecer do Conselho Federal de Educação, sobre a formação dos fisioterapeutas, Castro acrescenta:

O que se pretendia, claramente, era manter uma estrutura de poder na área de Saúde, onde quem estudou mais, (não importa o quê),

sabe, tem poder, e quem estudou menos, (ainda que temas específicos), não sabe, não tem poder e, portanto, é mero executor de ordens, ainda que de nível superior (ibid, p.10).

Em seu capítulo sobre o objeto de trabalho da fisioterapia no Brasil, os autores fazem uma análise de alguns documentos oficiais definidores da profissão. Concordando com Sanchez (1984), que afirmava que o objetivo dos primeiros cursos era formar fisioterapeutas para atuar exclusivamente em reabilitação, os autores se referem a índices alarmantes de poliomielite e altas taxas de acidentes de trabalho como elementos importantes para ressaltar a necessidade de reabilitação de grande quantidade de pessoas, sejam crianças com sequelas motoras, sejam trabalhadores que necessitavam ser reabilitados para reintegrar-se ao “sistema produtivo” (Rebelatto e Botomé, p.50).

Nicida (2002) faz referência em seu trabalho à criação do curso de fisioterapia da Universidade de São Paulo (USP), em 1958. De acordo com a autora, o curso “buscava atender aos programas de reabilitação que a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) estava interessada em desenvolver na América Latina” (Nicida, p. 49). Sobre a criação da ABF em 1959, a autora resalta que em 1962, a associação foi “reconhecida oficialmente” pela Associação Médica Brasileira (AMB) e, um ano mais tarde, reconhecida também como membro da World Confederation for Physical Therapy (WCPT).

Para realização de sua pesquisa, Nicida realizou entrevistas com duas fisioterapeutas formadas pela USP: Ely Kögler Telg, formada em 1959 e Normian de Oliveira Loureiro, formada em 1972. Sobre a formação dos fisioterapeutas nas primeiras turmas da USP, Ely resalta que o curso era oferecido em horário integral, com teoria pela manhã e estágio à tarde. As aulas teóricas eram feitas na USP e a parte prática no Hospital das Clínicas. O curso recebeu como professores uma “equipe de fisioterapeutas” vinda dos Estados Unidos, dentre eles, Karin Lundborg, que havia estado no Vietnã, e segundo a entrevistada, era “uma fisioterapeuta muito completa”. Além dos fisioterapeutas estrangeiros, havia também um especialista dinamarquês em órteses e um médico norte-americano

que lecionava toda a parte de reabilitação. Os demais professores eram todos médicos da USP. Na primeira turma da USP eram apenas oito estudantes, sendo três da Terapia Ocupacional e cinco da fisioterapia, que participavam juntos das aulas teóricas, separado-se apenas no estágio (ibid., p. 63-64).

De acordo com a entrevistada, Ely Kögler Telg, naquele período inicial a fisioterapia era “muito confundida com massagem” tendo acrescentado: “lutamos muito para não entrar na categoria de massagistas”. Em seu depoimento ressalta que a formação dos fisioterapeutas era voltada, principalmente, para a atuação nas sequelas da poliomielite:

Ao me formar me senti uma rainha, uma mestre que sabia muito bem tudo. Na época, fomos muito treinados para trabalhar com as sequelas de poliomielite (...) Quando eu me formei, surgiu a vacina contra a poliomielite, mas demorou de dois a três anos para ser aplicada em larga escala aqui no Brasil (ibid., p. 65).

Marques e Sanches (1994), em artigo sobre os aspectos históricos e legais da origem e evolução da fisioterapia, descrevem o esforço do médico e professor da Faculdade de Medicina da USP, Godoy Moreira, na criação do Instituto de Reabilitação. De acordo com os autores, a criação deste Instituto fazia parte de um projeto internacional de criação de diversos institutos na América Latina e surgiu da parceria entre a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT). O curso de fisioterapia, iniciado no Instituto de Reabilitação, era o primeiro com “padrão internacional mínimo, com dois anos de duração”. Somente em 1967, a USP definiu o regulamento do curso de fisioterapia e, em 1970, reconheceu que os certificados dos cursos expedidos entre 1958 e 1966 pelo Instituto de Reabilitação seriam equivalentes aos diplomas da USP (Marques e Sanches, 1994, p. 6). No período de 1957 a 1969, existiam seis instituições de ensino superior, formando fisioterapeutas: duas, no nordeste (Pernambuco e Bahia) e quatro, na região sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais). Dos 600 fisioterapeutas formados nesse período, aproximadamente 80%

dedicaram-se à reabilitação, 10% abandonaram a profissão e 10% dedicaram-se a outras áreas da fisioterapia (ibid., p.31).

O primeiro curso para professores latino-americanos de fisioterapia foi realizado em 1969, na capital do México. Organizado pela OPAS/OMS em conjunto com a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), foram escolhidos dois participantes de cada país. Representando o Brasil, participaram do curso dois fisioterapeutas e professores da USP, Danilo Vicente Define e Eugenio Lopes Sanches (Sanchez, 1984, p. 31).

O trabalho de Soares (1987) sobre a história da profissão de terapeuta ocupacional traz contribuições também para a história da fisioterapia. No desenvolvimento de sua pesquisa, a autora entrevistou Maria Antônia Pedrosa Campos, ex-secretária da ERRJ, e Fernando Lemos, um dos fundadores da ABBR. Foi entrevistada, também, a terapeuta ocupacional Neyde Hauck, que participou ativamente da implementação do Instituto de Reabilitação da USP.

Para Soares, os serviços de reabilitação foram desenvolvidos no Brasil a partir da década de 1940 e 1950 e, para isso, o país contou com o apoio de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho – OIT, a Organização das Nações Unidas – ONU e a Organização Mundial da Saúde – OMS. Os serviços de reabilitação foram criados principalmente em hospitais gerais e especializados, reabilitação profissional ligados aos antigos IAP's e em entidades da sociedade civil, ligados à reabilitação física e mental (Soares, 1987, p. 8).

Sobre a criação da ABBR, a autora ressalta que essa entidade filantrópica foi criada para “o tratamento clínico e cirúrgico de pessoas com poliomielite, amputações e demais casos de ortopedia e neurologia”. Para suprir as necessidades de seu centro de reabilitação foram criados, na ERRJ, os cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional (ibid., p. 25).

Oliveira (2005) também utiliza entrevistas como fonte para a análise histórica. Para analisar a história dos currículos de fisioterapia, a autora entrevistou nove fisioterapeutas, dentre eles, dois professores do curso de

fisioterapia do Instituto Nacional de Reabilitação – INAR nos anos 1960 e os demais ex-alunos dos cursos do INAR, da ERRJ e da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) nos anos de 1960 e 1970. Em sua pesquisa, retrata não só a importância das primeira e segunda grandes guerras mundiais para o desenvolvimento da fisioterapia nos Estados Unidos e Europa, como também das epidemias de poliomielite. De acordo com a autora, somente na Inglaterra, a poliomielite atingiu “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” (Oliveira, 2005, p.53). Em 1960, a Sociedade Inglesa de Fisioterapia contava com mais de 16.000 fisioterapeutas associados (Oliveira, 2005, p.56).

A leitura crítica dos trabalhos aqui apresentados oferece um rápido panorama da produção bibliográfica referente ao objeto de estudo desta pesquisa, ao mesmo tempo que possibilita demarcar algumas diferenças entre o presente trabalho e os demais já produzidos. A pesquisa e análise de fontes primárias, o foco na relação entre poliomielite, filantropia e fisioterapia, e a visão da cidade do Rio de Janeiro como cenário principal das lutas pela regulamentação da profissão de fisioterapeuta no país são alguns dos pontos da tese que demarcam suas diferenças com os demais trabalhos.

Profissão, monopólio e profissionalização

Embora a produção de trabalhos voltados à análise do surgimento e desenvolvimento das profissões, em especial a sociologia das profissões, tenha se desenvolvido principalmente a partir da década de 1970, essas pesquisas têm colaborado para o entendimento do processo de profissionalização de inúmeras categorias profissionais ao longo do século XX. Existem diferentes formas de

análise e interpretação das estratégias de profissionalização utilizadas por grupos profissionais ao longo da história. Organização em torno de associações, formação especializada (normalmente de nível universitário), autonomia, criação de normas e códigos de ética são algumas das características atribuídas a uma ocupação que alcançou o status de profissão.

De acordo com Starr (1991, p.30) esses e outros elementos, além de indicarem o nível de profissionalização, devem ser vistos como meios utilizados para legitimar a autoridade profissional, alcançar a solidariedade entre os pares e conseguir que o Estado lhes conceda o monopólio da prática. Assim, o processo de profissionalização de uma profissão é dependente da capacidade de organização dos membros dessa profissão, de sua aceitação pelo público e, principalmente, pelo Estado. A legitimação da autoridade profissional depende de três fatores: conhecimento e competência validados por seus pares; saber e competência baseados na ciência e atuação desse profissional orientada a um conjunto de valores essenciais, como por exemplo, a saúde. (Starr, 1991, p.30)

Para Freidson (1998, p.71), as profissões distinguem-se de outras ocupações pelas atividades específicas que reivindicam e "pelo caráter especial do conhecimento e competência exigidos para realizá-las". Para esse autor, a autoridade do conhecimento e a autonomia no exercício de suas funções são características decisivas para o profissionalismo.

Os autores que avaliam as profissões de acordo com certos atributos ou características, dentro de uma visão atributiva-funcionalista, consideram que uma ocupação está mais avançada ou não, na escala de profissionalismo, dependendo do grau de ocorrência de um ou mais atributos que caracterizam uma profissão plena. Segundo essa corrente de pensamento, quanto mais uma ocupação possui autonomia no exercício profissional, autoridade social, corpo de conhecimentos sistematizados e esotéricos, solidariedade e coesão entre seus próprios pares, controle sobre a entrada de novos profissionais (credenciamento) e código de ética, mais chances esta ocupação tem de se tornar uma profissão. (Diniz, 2001, p.22).

As críticas feitas às teorias funcionalistas sobre profissões afirmam que tais autores generalizam a experiência de profissionalização nos Estados Unidos e Inglaterra, desconsiderando as diferenças entre países e regiões. (Diniz, 2001, p.23).

Uma das críticas mais sérias às teorias atributivas-funcionalistas é a de que, ao aceitarem como correta a definição normativa de profissão apresentada pelos próprios profissionais, deixam de analisar as reivindicações profissionais por poder e o uso da retórica como recursos para defesa de prerrogativas estabelecidas. Dessa forma, não discutem o processo pelo qual as ocupações reivindicam status e são profissionalizadas. Com isso enfatizam mais a estrutura das profissões do que o processo de profissionalização. (ibid., p.23).

Para Diniz, as noções de coleguismo, autonomia, solidariedade, lealdade, autorregulação, altruísmo, entre outras, atribuídas como características universais das profissões pelas teorias funcionalistas, não são mais do que elementos de uma "ideologia do profissionalismo". Seria preciso adotar concepções macro-históricas para analisar o processo de profissionalização dentro de diferentes estruturas sociais, políticas e econômicas que influenciam a forma organizativa de determinada profissão. (ibid., p.23-24).

Do ponto de vista da análise histórica, está também colocada a crítica à própria categorização das profissões como grupos sociais, que agem de forma coerente, à semelhança de uma massa uniforme. Embora membros de um determinado grupo possam ter objetivos em comum, os indivíduos que o compõem podem, também, ser repletos de discordâncias, tornando a análise por categorias profissionais um permanente risco de generalização.

Na realidade, reunir indivíduos em categorias definidas pelo setor de atividade não tem nada de natural: ao contrário, postula-se com isso mesmo a existência de grupos sociais pelo menos de uma maneira implícita. (...) Pouco importa se não partilhavam os mesmos interesses ou os mesmos ideais: a classificação ignora o problema da validade de seus próprios critérios aos olhos dos protagonistas da época e, sob a aparência de uma leitura neutra da realidade, reifica grupos sociais. (Cerruti, 1998, p.236,)

A solução adotada neste trabalho, com o objetivo de analisar o processo de profissionalização da fisioterapia, consiste em valorizar a análise do contexto e as relações entre os diferentes atores sociais, sem desconsiderar as instituições, categorias ou grupos sociais a que pertencem. Para Cerruti, assim o pesquisador deve proceder:

Partindo dos indivíduos, recompondo-lhes o percurso social e tentando reconstituir-lhes as escolhas, o pesquisador se interroga sobre a experiência deles e, por conseguinte, sobre o modo de formação de sua identidade social. Esforça-se por desenhar seu horizonte, e para isso define seus interesses muito além da profissão ou do estatuto oficial. (Cerruti, 1998, p.240)

É preciso reconstruir as redes sociais que conformaram as diferentes instituições e categorias profissionais e sua relação com os diferentes atores sociais que compõem o Estado. É importante entender as ideologias presentes, seus objetivos, as aparentes contradições, suas discordâncias, as alianças e rupturas além de outras estratégias estabelecidas no processo de construção desses grupos, nas relações com o poder do Estado e, por fim, compreender sua própria razão de ser.

A análise das relações dos diferentes atores sociais no interior das instituições, categorias profissionais e Estado é de extrema relevância para a compreensão dos processos de profissionalização no país. O Estado, especialmente no Brasil, exerce papel não apenas de facilitador ou inibidor de determinada categoria profissional, mas é capaz de influenciar diretamente no estabelecimento de monopólios profissionais por meio das credenciais educacionais. Somente o Estado pode definir privilégios legais a determinada profissão, mantendo seu monopólio e eliminando competidores. Essa seria uma das estratégias de profissionalização conhecida como fechamento ou exclusão. Os monopólios profissionais, nesta visão macro-histórica, são parte importante da estrutura de sistemas de desigualdades sociais, pois através de táticas legalistas

e credencialistas, apoiadas pela força do Estado, controlam e restringem o acesso a determinadas posições ocupacionais. (Diniz, 2001, p.31).

De uma maneira geral, a partir das primeiras décadas de nosso século, e à medida que aumentou a atividade regulatória do Estado em diferentes sociedades, o poder, o prestígio e a afluência das diversas profissões têm dependido das políticas estatais. (ibid., p.173)

Embora o Estado possa ser considerado peça fundamental para o processo de profissionalização, no caso brasileiro, isso não diminui o papel de associações e sociedades em seus movimentos pela regulamentação e monopólio de sua área de atuação. No Brasil, o processo de desenvolvimento das profissões inicia com a criação de escolas profissionais. Em seguida, surgem as associações profissionais que reúnem seus membros para buscar o apoio do Estado, a fim de garantir vantagens e privilégios ocupacionais com base nas credenciais educacionais. Em terceiro lugar, o Estado normalmente cria reservas de mercado na burocracia pública aos diplomados. A partir daí, as associações se mobilizam para ampliar a reserva de mercado e excluir serviços não qualificados, com o apoio do Estado. Em seguida, o Estado regulamenta as profissões, criando o monopólio de atuação e, a partir desse ponto, as profissões tentam criar escassez por meio do controle das credenciais acadêmicas. (ibid., p.87).

Reabilitação: campo de disputas profissionais

O campo da saúde, em especial a reabilitação, em função principalmente de sua característica multiprofissional, tem sido, desde os anos de 1950, arena de disputa por controle de diferentes categorias profissionais. As epidemias de poliomielite e as guerras ampliaram as oportunidades tanto para o crescimento de

novas profissões, quanto para a expansão de novas especialidades da profissão médica. (Gritzer e Arluke, 1985)

Na divisão do trabalho, a criação da especialidade médica da fisioterapia se colocava em confronto com as emergentes profissões de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outras. A própria fisioterapia encontrava resistência para sua expansão dentro de outras especialidades médicas, especialmente, a ortopedia e a neurologia. Nos Estados Unidos, a especialidade de fisioterapia, dedicada ao médico com atuação nos centros de reabilitação, foi criada oficialmente pela Associação Médica Americana em 1947. (Gritzer e Arluke, 1985, p.13)

A estratégia desenvolvida pelos médicos norte-americanos dedicados à reabilitação para conquistar o controle da área multiprofissional era a de se colocar como o especialista que detinha a visão integral da reabilitação, o intermediário entre os médicos de outras especialidades e os profissionais tidos como membros da equipe de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros. (Gritzer e Arluke, 1985, p.119)

O rápido desenvolvimento da fisioterapia e da terapia ocupacional, no entanto, especialmente as campanhas da fisioterapia durante o pós-guerra e sua forte participação como categoria profissional nas mobilizações no combate à poliomielite, fortaleceram sua participação na divisão do trabalho no campo da reabilitação, enfraquecendo, nos anos de 1950, a fisioterapia, cuja especialidade permanecia isolada, sendo a sua competência questionada, inclusive, por médicos de outras especialidades. (ibid., p.120)

Durante alguns anos fisiatras se referiam a sua disputa com cirurgiões ortopédicos como uma 'batalha'. Alegavam que os ortopedistas apropriavam-se de suas funções profissionais. (ibid., p.149)²

Os fisioterapeutas norte-americanos, durante os anos de 1950 e 1960, aproveitaram-se das disputas entre fisiatras e ortopedistas para, ao aliarem-se

² Todas as traduções foram realizadas pelo próprio autor da tese.

com os últimos, esquivarem-se da tentativa de controle proposta pelos primeiros nos serviços de reabilitação. (ibid., p.153)

O uso do nome "fisioterapia" foi também objeto de disputa entre categorias profissionais nos Estados Unidos. Muitos médicos interessados em reabilitação se autointitulavam fisioterapeutas. Já os graduados em cursos de fisioterapia, por determinação da Associação Americana de Fisioterapia (APTA), passaram a assumir o título de fisioterapeutas, principalmente a partir dos anos de 1940, em vez de técnico em fisioterapia ou fisioterapeuta. (Echternach, 2003)

No Brasil, as disputas profissionais no campo da saúde mereceram a intervenção do Estado, já em 1932. O Decreto n. 20.931/32 regulamentou o “exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira no Brasil” (Brasil, 1932).³

Essa lei criava regras básicas para o exercício de diversas atividades, dentre elas, as de medicina, odontologia, medicina veterinária, fisioterapia, psicoterapia, optometria, farmácia, massagistas, parteiras, duchistas e outros. Colocava todas as atividades, à exceção da odontologia e da medicina veterinária, sob a tutela do médico e restringia o exercício de qualquer prática de cura aos diplomados nas universidades e registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo

³ Decreto nº. 20.931/32. Essa foi a primeira lei brasileira que trazia em seu texto a expressão “fisioterapia”, quase quatro décadas antes da regulamentação da profissão de fisioterapeuta no país. O Decreto foi assinado em janeiro de 1932 pelo Presidente Getúlio Vargas e por seu Ministro da Educação e Saúde, o jurista Francisco Campos. Era o primeiro período da conjuntura Vargas.

indispensável para o seu funcionamento, licença da autoridade sanitária. (Brasil, 1932)

Ao longo do Decreto, era acrescentado, ainda, com referência especificamente aos estabelecimentos "eletro, radio e fisioterápicos e ortopédicos", que eles poderiam funcionar somente "sob a direção técnica profissional de médicos". O mesmo decreto, em suas disposições gerais, criava multas e outras penalidades criminais aos possíveis infratores, determinando ainda que "enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas" estavam terminantemente proibidos de instalar consultórios para atender aos seus clientes. (Brasil, 1932)

Com a formação dos primeiros fisioterapeutas na década de 1950, as alianças e os conflitos entre a categoria profissional emergente e as diversas outras já estabelecidas (educação física, enfermagem e medicina) trouxeram novas tensões no campo da saúde, especialmente nos serviços ligados à reabilitação. São essas disputas por poder, mercado de trabalho e autonomia que serão analisadas ao longo dos próximos capítulos.

A Formação de fisioterapeutas no cenário internacional

Os modelos de formação de fisioterapeutas adotados por diferentes instituições de ensino brasileiras, nos anos de 1950 e 1960, sofreram influências, em maior ou menor grau, das experiências de formação e de criação de novos serviços especializados de fisioterapia em outros países.

As primeiras escolas formadoras de fisioterapeutas de que se tem registro começaram a se organizar na Europa, especificamente na Inglaterra e Alemanha. A partir daí, foram se multiplicando nos demais países, com a criação de novas

escolas nos Estados Unidos ainda no início do século XX e posteriormente desenvolvendo-se no Canadá e Austrália. Entre as décadas de 1940 e 1960 dezenas de países das Américas, Ásia e África começaram também a formar fisioterapeutas. (Sanchez, 1984, p. 1-2; Remondiere, 1998, p.154-158; Chipchase, 2006, p.3, Peat, 1970, p.236)

Na Alemanha, as primeiras instituições formadoras de fisioterapeutas foram as escolas de Kiel, em 1902 e Dresdem, em 1918 (Sanchez, 1984, p. 1). Na Inglaterra, em 1894, enfermeiras formadas pela escola de Florence Nightingale, dedicaram-se ao tratamento com massagem e ao treinamento de novas enfermeiras, criando a Sociedade de Massagistas Treinadas (STM). Em 1895, quatro fundadoras da sociedade anunciaram na revista *Nursing Notes* a realização de exame de certificação, segundo Miles-Taping (1989, p. 73). Nesse momento, era então criada a “profissão de fisioterapeuta na Inglaterra”. Em 1920, a STM mudou de nome para Sociedade de Massagistas e Ginastas Médicas e, em 1942 passou a chamar-se de Sociedade de Fisioterapia. (Chartered..., 1994, p. 11-17)

No Canadá, em 1915, homens e mulheres massagistas, que haviam sido certificados na Inglaterra pela STM, começaram a exercer suas atividades profissionais, mais precisamente nas cidades de Toronto e Montreal (Miles-Taping, 1989, p.74). Em 1929, iniciaram-se as atividades do primeiro curso de graduação em fisioterapia do Canadá, na Universidade de Toronto. (Heap, 1995, p. 70)

Em Copenhaga, Dinamarca, desde 1890 eram organizados os primeiros serviços de hidroterapia em alguns hospitais, sendo que, entre 1912 e 1914, os departamentos de hidroterapia foram reestruturados e começaram a surgir os primeiros departamentos de fisioterapia, com “chefia médica, alguns fisioterapeutas e alguns equipamentos”. Em 1914, a Associação Médica Dinamarquesa criou regras e mecanismos de regulação profissional, iniciando a formação teórica e prática dos futuros fisioterapeutas, que naquele momento “não poderiam atender sem prescrição médica”. (Agersnap, 1960, p. 332)

Na Espanha, as primeiras escolas formadoras de profissionais fisioterapeutas foram criadas em 1958, na Faculdade de Medicina de Madrid e na Escola de Ajudantes Técnicos Sanitários *Salus Infirmorum* de Madrid. (Vidal, 2001, p. 214)

Uma condição patológica única foi a gênese primária da profissão de fisioterapia no final dos anos 1800 e início dos 1900. Essa condição foi a recorrente epidemia mundial de paralisia infantil, ou poliomielite (...) (Scott, 2002, p.5)

Além das epidemias de poliomielite que varreram o mundo na primeira metade do século XX, a primeira e a segunda Guerras Mundiais, com seus milhões de feridos e sequelados, também contribuíram para aumentar a necessidade pelos serviços de fisioterapia, especialmente nos Estados Unidos. A Associação de Fisioterapia de Mulheres Americanas foi fundada em 1921 pela fisioterapeuta Mary McMillan e por outras 244 "auxiliares de reconstrução" que trabalharam no tratamento dos militares da Primeira Guerra Mundial. Em 1922, a associação passou a chamar-se de Associação Americana de Fisioterapia e começou a admitir homens em seus quadros. A maior parte dos programas de formação de fisioterapeutas naquela época era baseado em cursos rápidos com menos de 1 ano de duração, realizados dentro dos hospitais, não sendo oferecidos cursos de graduação. Durante a Segunda Guerra, foram cerca de 1.632 fisioterapeutas, em serviço militar, responsáveis pelo atendimento de fisioterapia aos feridos de guerra. (Scott, 2002, p.6-7)

A prática da fisioterapia nos Estados Unidos envolveu dois grandes eventos históricos: as epidemias de poliomielite dos anos de 1800 até os 1950 e os efeitos devastadores de várias guerras. (Moffat, 2003, p.1243)

Em 1927, a Universidade de Nova Iorque criou o primeiro curso de bacharelado em fisioterapia com duração de 4 anos. Ao longo da primeira metade do século XX, as epidemias de poliomielite, guerras, acidentes e a demanda

social pela inclusão das pessoas com deficiências colaboraram para o crescimento da fisioterapia em todo o mundo. (Swisher e Page, 2005, p. 24-25)

Em 1928, existiam 11 programas de formação de fisioterapeutas aprovados nos Estados Unidos. Durante a Grande Depressão dos anos de 1930, a oferta de cursos de formação em fisioterapia cresceu muito pouco. Nesse período muitos programas de formação foram incorporados por universidades, que passaram a realizar a formação em parceria com hospitais. (Echternach, 2003, p.2)

Desde o final dos anos 1920 a 1950, ocorreu uma mudança gradual nos programas de formação de fisioterapeutas dos baseados em hospital com duração de 12 meses, para programas universitários, com duração de 4 anos (...). (Gwyer, 2003, p.35)

O comitê de educação e qualificação de experiência de fisioterapeutas nas agências de saúde pública, da American Physical Therapy Association (APTA) apresentou, em 1954, um relatório sobre a inserção dos fisioterapeutas nas agências públicas de saúde americanas, propondo novos parâmetros para a formação desses profissionais. O relatório afirmava que, em 1915, havia sido admitida a primeira fisioterapeuta no campo da saúde pública, empregada pelo Departamento de Saúde do Estado de Vermont para o tratamento domiciliar de pacientes de poliomielite. Ao longo dos anos de 1930 a 1950, o número de fisioterapeutas americanos era insuficiente para atender às necessidades das agências públicas de saúde. (Proposed, 1954, p.373)

O relatório definia as atribuições dos fisioterapeutas nas agências públicas de saúde, definindo um mínimo de 4 anos de formação, em curso de graduação, ou a formação em 2 anos, para aqueles que já possuíam formação em outras áreas. O primeiro item do relatório ressaltava a necessidade de o fisioterapeuta atender somente, após autorização e direção médica. Note-se que o comitê era formado quase que exclusivamente por médicos, sendo 11 médicos dentre os 15 membros do comitê. A formação deveria incluir estudos nas áreas sociais e

humanas, das ciências físicas e biológicas, de teoria e procedimentos da fisioterapia relacionados com a clínica médica. (Proposed, 1954, p. 374-378)

Em 1955, a APTA, em conjunto com a Associação Médica Americana, publicou um novo documento, definindo critérios essenciais para a formação dos fisioterapeutas. A formação mínima não poderia ser inferior a 12 meses, com 1.605 horas de ciências básicas e de procedimentos da fisioterapia, além de 600 horas para a formação clínica. (Nieland, 2003, p.4).

Em 1960, a APTA aprovou uma resolução, estabelecendo como nível mínimo exigido para a formação de fisioterapeutas a graduação universitária. A maioria das universidades oferecia um programa de certificação em fisioterapia para os egressos de outros programas de bacharelado e, a partir desta resolução, começaram a se desenvolver bacharelados específicos em fisioterapia. (Echternach, 2003, p.3)

Em diversos países da América Latina, as primeiras instituições formadoras de fisioterapeutas foram criadas nas décadas de 1940 e 50. Foi o caso da Colômbia, em 1952/53, com a Escola Nacional de Fisioterapia, ligada ao Instituto Franklin Delano Roosevelt (Ascofi, 1984, p. 24). No Chile, a Escola de Fisioterapia da Universidade do Chile foi criada em 1956 e passou a formar fisioterapeutas, que antes eram formados como especialização da profissão de educador físico (Chile, 2007). Na Argentina, um dos primeiros serviços especializados em fisioterapia, que incluía o treinamento profissional em fisioterapia, era o Instituto Municipal de Radiologia e Fisioterapia, criado em 1925 em Buenos Aires (Organización..., 1941, p.1).

Na década de 1950, não havia critérios claros internacionalmente estabelecidos para a formação dos fisioterapeutas. Em cada país eram criados novos cursos que procuravam atender à demanda por profissionais da área, aumentada especialmente pelas pessoas com sequelas em virtude das epidemias de poliomielite. Em geral, países desenvolvidos possuíam cursos de formação mais longos, normalmente de nível universitário, enquanto nos países do chamado terceiro mundo era estimulada a criação de cursos com menor duração.

A expansão da fisioterapia e da reabilitação no Brasil

Nos anos de 1940, no Rio de Janeiro, alguns importantes serviços de fisioterapia foram criados no Hospital Barata Ribeiro, em 1945, no Hospital Carlos Chagas, em 1947 e no Instituto dos Aposentados e Pensionistas da Indústria – IAPI, em 1949, além de outros serviços no Instituto dos Marítimos e no Comercários. Em São Paulo, algumas instituições filantrópicas foram criadas com o objetivo de atuar diretamente na reabilitação, como foi o caso da Sociedade Pestalozzi, em 1932 e do Lar Escola São Francisco, criado em 1943 e destinado ao atendimento de crianças com deficiências físicas. (Soares, 1987, p.9-25)

Nos anos 1950 surgiram diversos serviços de fisioterapia, em geral, ligados a centros de reabilitação. Foi o caso da AACD (Associação de Amigos de Crianças Defeituosas) em São Paulo (1950), criada para reabilitar e tratar vítimas da paralisia infantil. Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o médico Godoy Moreira através de contatos com a OPAS/OMS e a Confederação Mundial de Fisioterapia – WCPT criou o Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, em 1959. (Sanchez, 1984, p. 3).

No Rio de Janeiro, a Sociedade Pestalozzi foi criada em 1945 e, em 1954, foi fundada a APAE carioca (Associação de Pais e Amigos do Excepcional). Fundada em 11 de dezembro de 1954, a APAE foi criada pelo casal Almirante Henry Broadbent Hoyer e Dona Beatrice, pais de uma criança com Síndrome de Down. O casal reuniu diversos professores, pais e técnicos na embaixada americana no Rio de Janeiro em Julho de 1954 e, a partir daí, foram realizadas novas reuniões com o objetivo de criar a entidade para atender às necessidades das crianças portadoras de deficiências mentais.⁴

⁴ História da APAE, acessado no site da APAE - Rio de Janeiro em 12 de fevereiro de 2007 (<http://www.apaerio.org.br/>)

No Rio de Janeiro foi criada a ABBR em 1954 e em 1955 foi fundado o Instituto Brasileiro de Recuperação Motora (IBRM), voltado para atendimento de crianças com disfunções neuro-musculo-esqueléticas. Em 1958, na mesma cidade, foi criado também o Centro Nossa Senhora da Glória, dedicado à reabilitação neurológica. No mesmo ano, na cidade de Niterói (RJ) foi fundada a AFR (Associação Fluminense de Reabilitação), instituição também de caráter filantrópico. (Figueirôa, 1996, p. 37-38).

Na Bahia, em 1955, foi criado o Instituto Bahiano de Fisioterapia, que, a partir de 1960, contou com a atuação da fisioterapeuta Guiomar Peltz Koettlen, formada pela ERRJ. Em Brasília, em 1960, foi criado o Centro de Reabilitação Sara Kubitschek. Em Pernambuco foi criado o primeiro centro de reabilitação no mesmo ano. Em Fortaleza, no Ceará, também outro aluno egresso da ABBR, Píndaro Custódio Cardoso, colaborou na criação da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação, em 1966 (Figueirôa, 1996, p. 37-38).

Em Minas Gerais, em 1954, o atendimento de reabilitação aos pacientes era realizado no Serviço Social da Indústria, na Fundação Benjamim Guimarães e, ao final da década de 1950, no Hospital Arapiara. No Paraná, o primeiro serviço com atendimento de fisioterapia foi implantado em 1956, no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Crianças Cezar Permeta, tendo sido criada, em 1959, a Associação Paranaense de Reabilitação, para atendimento a crianças com até 13 anos de idade. No Rio Grande do Sul, foi criado, em 1960, o Centro de Reabilitação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes e em 1964, em Porto Alegre, foi fundado o Centro de Reabilitação de Porto Alegre. (Figueirôa, 1996, p.39-40).

Além da utilização da fisioterapia como recurso importante no tratamento de diversos problemas de saúde que afetavam a população, não era incomum a criação de serviços de fisioterapia destinados ao tratamento da estética e da boa forma, como foi exatamente o caso do departamento de fisioterapia na sede da Associação Cristã de Moços, no centro do Rio de Janeiro:

(...) A Associação Cristã de Moços que está em vias de concluir edifício sede na Lapa, perto do passeio público, no centro da cidade, está oferecendo aos seus sócios e ao público em geral um departamento completo de hidroterapia, fisioterapia e massoterapia, com que vem contribuir, de modo inegável para a maior higidez de nosso povo. (A fisioterapia a serviço da boa forma física, 1957, p. 1-2)

A ABBR, assim como a AFR, IBRM, APAE, AACD e diversas outras entidades criadas nos anos de 1950, em diferentes regiões do país, eram instituições normalmente sem finalidades lucrativas, de caráter filantrópico e fruto da mobilização da sociedade civil e do patrocínio de algumas elites interessadas na reabilitação. Quase todas essas entidades, criadas fora do aparelho estatal, permanecem em funcionamento ainda hoje, atendendo a milhares de pessoas. A relação entre filantropia e as entidades assistenciais no país, em virtude de sua relevância para o presente trabalho, será analisada em maiores detalhes no capítulo que trata da criação e funcionamento da ABBR.

Reabilitação médica e a cura social

Artigo XIII - 1. Toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado.

Artigo XXV - 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Artigo XXVII - 1. Toda pessoa tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar do processo científico e de seus benefícios.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (10 de dezembro de 1948)

O período do pós-segunda Guerra influenciou profundamente os serviços de saúde de diversas partes do mundo. Mesmo os países que não tomaram parte ativa, durante a segunda Guerra Mundial, sofreram influências de diversos movimentos em prol de direitos sociais, de saúde, das pessoas portadoras de deficiência e outros. Um destes movimentos, composto por diversas instituições que se mantêm ativas até hoje, ficou conhecido por “movimento internacional de reabilitação”.

De acordo com o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, o interesse mundial pela reabilitação ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais, o processo de urbanização e industrialização acelerados (favorecendo a propagação de epidemias e o aumento dos acidentes de trabalho), os progressos tecnológicos, médicos e das ciências sociais que permitiram a organização dos centros de reabilitação e uma consciência social mais sensível à causa das pessoas portadoras de deficiência (Naciones Unidas, 1965).

Para diferentes pesquisadores e médicos norte-americanos, nos anos de 1950, muitos deles ligados à Fundação Nacional para a Paralisia Infatil (NFIP), não havia consenso sobre a definição sobre o que seria “reabilitação” e quais seriam seus principais objetivos. A definição usual de que o objetivo da reabilitação seria “restaurar o deficiente à sua máxima capacidade física, mental, social e econômica” sofreu algumas modificações nos debates do comitê de estudos da NFIP. De acordo com esse comitê, os desejos, interesses e objetivos de cada pessoa deveriam ser considerados dentro do processo de reabilitação. Ao final, reabilitação foi definida como “o processo de ajudar o indivíduo com uma desvantagem a realizar suas potencialidades e objetivos, fisicamente, mentalmente, socialmente e economicamente.” (Riper, 1954, p. 744-745)

Para o comitê de reabilitação médica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação teria como finalidade principal não apenas restabelecer a pessoa afetada à sua condição anterior, mas também desenvolver ao máximo

suas funções físicas e mentais. Literalmente, como consta no informe do comitê, reabilitação não seria apenas a cura física, mas também a "cura social" e ao referir-se sobre as vantagens da reabilitação nos países "que se acham nas primeiras fases do seu desenvolvimento econômico e social" o texto ressalta que "uma reabilitação, que transforma em produtor útil a um consumidor inútil, representa uma contribuição valiosa ao bem estar geral" (OMS, 1958, p.4).

Sobre a relevância econômica e social da reabilitação, o relatório acrescenta ainda:

Nos países que dispõe de serviços de reabilitação aperfeiçoados, a utilidade econômica e social da reabilitação ficou demonstrada. Permite, de fato, encurtar o tempo total de invalidez, reduzir os gastos de hospitalização e subsídios de doença e de pensões, e sobre tudo, permite a rápida reincorporação do doente ou lesionado à vida ativa e inclusive a um emprego produtivo (sic). (ibid., p.6)

Para a terapeuta ocupacional norte-americana Anne Mosey, o movimento internacional de reabilitação se desenvolveu em função de "falhas de instituições sociais, como a família, a escola e a medicina organizada". (Mosey *apud* Soares, 1987, p.6):

A independência possibilitada pelos programas de reabilitação, a vantagem econômica para a sociedade e o aumento do número de pessoas incapacitadas pelo próprio avanço da ciência, impulsionado pelos veteranos incapacitados de guerra transformaram a reabilitação no terceiro nível de prevenção à saúde, praticada a partir da instalação da invalidez (por deficiências congênitas, moléstias crônicas, acidentes de trabalho, trânsito, domésticos ou pelas doenças ocupacionais). (ibid., p.6)

Ao problematizar a adesão de muitos países ao ideário da reabilitação, Soares (1987, p.6) ressalta os benefícios que ela oferece à lógica economicista da seguridade social e à visão assistencialista sobre a deficiência. Segundo a autora, a reabilitação atendia prioritariamente ao modelo econômico, mais do que ao próprio campo da saúde.

Na prática, a reabilitação esteve sempre sendo determinada pelo modelo econômico que promove condições insalubres de vida e trabalho e novos contingentes marginais e, em determinados momentos específicos, requisita a absorção de parcelas do exército de reserva estagnário. Nos outros momentos, a reabilitação cumpre funções no plano político-ideológico, onde as instituições governamentais, através de lideranças populistas apresentam sua aparente neutralidade quanto aos interesses contraditórios das classes se propondo minorar os efeitos negativos da industrialização, 'reparando' as desigualdades sociais ao atender necessidades específicas de saúde, sem alterar, de outro lado, as condições e ambientes de trabalho que gera os acidentados, ou a própria política econômica que gera o crescente pauperismo. (ibid., p.7)

Questões sociais e econômicas eram reiteradas vezes utilizadas nos discursos favoráveis ao desenvolvimento da reabilitação no período pós-segunda Guerra mundial. Em muitos países, especialmente no chamado terceiro mundo, uma das dificuldades encontradas para a criação de centros de reabilitação era a escassez ou, muitas vezes, a inexistência de profissionais especializados nessa área, incluídos aí médicos e enfermeiras, mas principalmente fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros.

O primeiro informe de reabilitação médica da OMS, em 1958, destacou a necessidade e, também, a dificuldade de formação de uma equipe com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (à época, chamados de profissionais auxiliares ou paramédicos, fisioterapeutas e ergoterapeutas) afirmando:

(...) a formação de uma equipe de fisioterapeutas e ergoterapeutas é uma tarefa tão ou mais difícil quanto a formação de pessoal de cirurgia e de enfermaria. (OMS, 1958, p.51).

No Brasil, por exemplo, categorias profissionais como médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros quase não possuíam formação na área de reabilitação. E aumentando a gravidade do problema, como criar serviços de reabilitação sem que houvesse também fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, orientadores profissionais e técnicos em órteses e próteses? Não existiam profissionais em número suficiente no mercado brasileiro nem tampouco cursos de formação no início dos anos de 1950. (Soares, 1987, p.9).

O problema da escassez de profissionais para atuarem na reabilitação foi solucionado, em parte, pela participação de organismos internacionais na criação de assessorias e incentivo a programas de formação em diversas partes do mundo.

Organismos internacionais e reabilitação

No período após a segunda Guerra Mundial, começaram a se organizar e atuar, organismos internacionais que visavam apoiar os esforços de reconstrução dos países afetados pela guerra e multiplicar assessorias técnicas e institutos formadores de profissionais voltados à reabilitação:

O Comitê tomou nota, com satisfação, de que a OMS tem oferecido contribuições importantes para as atividades de reabilitação nos países que necessitam de ajuda técnica, concedendo bolsas de estudos superiores desta matéria, realizando pesquisas com a colaboração de experts internacionais, cooperando com os governos no estabelecimento de projetos experimentais e de demonstração e de escolas de fisioterapia e facilitando materiais e equipamentos para os trabalhos de reabilitação. (OMS, 1958, p.4).

É válido ressaltar, no primeiro relatório sobre reabilitação da OMS, a presença do Dr. Godoy Moreira, professor de ortopedia da USP, na qualidade de membro do Comitê de Expertos em Reabilitação Médica (OMS). A reunião de que trata esse documento foi realizada em Genebra, de 24 a 28 de fevereiro de 1958, e contou com a participação dos membros do Comitê (8 profissionais) e com representantes das Nações Unidas e OIT.⁵

⁵ O professor Godoy Moreira foi um dos principais idealizadores do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP. O Instituto foi criado em meio à

Dentre as agências internacionais e organizações não governamentais, que atuaram mais fortemente nos anos 40 e 50 no chamado "movimento de reabilitação", destacam-se, entre outras: Fundo Mundial de Reabilitação, Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Reabilitação Internacional, UNICEF, Nações Unidas, 'Colombo Plan', Federação Mundial de Veteranos e a Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas (Lamm, 1986; UNICEF, 1960; Peat, 1970).

Na Europa, em 1951, foi criada a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), que em seu primeiro congresso internacional, realizado em 1953, reuniu cerca de 1.500 participantes de 25 países. Dentre os objetivos definidos na fundação da WCPT constam: a cooperação com agências do sistema das Nações Unidas e outras agências internacionais "nos seus esforços para iniciar, desenvolver ou ampliar serviços de reabilitação através do mundo" e o oferecimento de consultoria, informação e assistência a agências internacionais, governos e indivíduos para o desenvolvimento de escolas de fisioterapia, oferecendo "pessoal e equipamentos para departamentos de fisioterapia" (Agersnap, 1960, p. 333).

Onde os centros de reabilitação foram estabelecidos a questão de pessoal foi resolvida enviando um número de expertos patrocinados por uma organização internacional e múltiplas funções de organização do centro, criação imediata e futura de treinamento de uma equipe nacional e local, e supervisão do tratamento. (ibid.)

Diversos fisioterapeutas americanos foram enviados a outros países "subdesenvolvidos" como professores consultores para criação de escolas de fisioterapia e centros de tratamento nessa área. Embora nos Estados Unidos,

epidemia de poliomielite, que atingia São Paulo, e inaugurado em 1953. O Instituto atendia à fase aguda dos casos de poliomielite, contando com pulmões de aço e outros equipamentos necessários. Em períodos de maiores epidemias, o Instituto chegou a ter mais de 120 pacientes com necessidade de assistência respiratória constante em decorrência da paralisia infantil. (Corrêa e Gaspar, 1999)

95% dos fisioterapeutas pesquisados possuíam pelo menos graduação completa em fisioterapia, muitos cursos de curta duração foram criados, sob o argumento de que era necessária a formação em caráter de urgência. A respeito de experiência profissional como consultora na Guatemala, uma fisioterapeuta americana ressaltou:

Pessoalmente sou, por princípio, contrária a qualquer curso de treinamento improvisado como o mencionado, mas existem fatos que me fazem trabalhar contrariamente às minhas convicções. Pode-se dizer que isso era uma emergência, e que não havia outra forma senão assumir o risco. Se houver possibilidades de iniciar uma boa escola, um curso curto não é aconselhável. Não é sensato preparar semi-profissionais. (Kontio, 1958, p. 243)

A prioridade dos organismos internacionais era formar fisioterapeutas em larga escala, nos mais diferentes países, mesmo que para isso fossem necessárias adequações à realidade de cada local, incluindo a formação em cursos de curta duração. Esses e outros profissionais deveriam compor as equipes dos centros de reabilitação.

Em Israel, após a criação do Estado Independente em 1948 e no início dos anos de 1950, houve grande necessidade da criação de serviços de reabilitação. Para alguns autores, isso ocorreu devido a três fatores principais: presença de muitos soldados mutilados durante a guerra de independência; chegada de muitos imigrantes judeus, dentre os quais, vários sobreviventes dos campos de concentração; ocorrência de fortes epidemias de poliomielite, principalmente as de 1950 a 1956. (Blum et Fee, 2007)

A primeira escola de formação de fisioterapeutas e o primeiro centro de reabilitação do governo de Israel foram criados, respectivamente em 1953 e 1954, para atender aos milhares de crianças com deficiências físicas, em virtude da poliomielite. O apoio para a criação dessas duas instituições veio da OMS e da UNICEF que, trabalhando em cooperação com o governo Israelense, assinaram

um plano, no verão de 1951, chamado “Plano de Operação para a Reabilitação da Criança Deficiente”. (Blum et Fee, 2007, p.218)

A partir dos anos de 1940, organismos internacionais como a ONU, OMS e OIT tiveram atuação determinante na criação de centros de reabilitação no Brasil. Para além da participação desses organismos em cooperação com o Estado brasileiro, as iniciativas da sociedade civil tiveram grande responsabilidade na criação de serviços especializados de reabilitação. A morosidade do Estado brasileiro em garantir o acesso das populações urbanas e rurais aos serviços de reabilitação parece ter incentivado a adoção de estratégias de organização da sociedade civil, principalmente por meio do surgimento de entidades beneficentes e filantrópicas.

Estas instituições [beneficentes de reabilitação] destinavam-se ao atendimento de crianças - a maioria delas - e adultos portadores de deficiência física e/ou mentais, introduzindo em determinados locais, recentes técnicas de reabilitação e promovendo também o atendimento custodial-asilar. (Soares, 1987, p.22).

Foram vários profissionais enviados pela ONU para diferentes países da América Latina, a partir de 1951, com o intuito de escolher o local mais apropriado para a criação de um centro de reabilitação de padrão internacional para a região. O Hospital das Clínicas, em São Paulo, foi escolhido pela ONU como o que melhores condições oferecia para a instalação do centro, em detrimento de capitais como Santiago do Chile e Cidade do México. (Soares, 1987, p.34)

Outros centros de reabilitação apoiados pela ONU foram criados em Bombaim, na Índia, como referência para o continente asiático: em Skopje, na Iugoslávia, para a Europa; em Alexandria, pelo continente Africano e no Líbano como referência para todo o Oriente Médio. (ibid., p.35)

Em 1958, segundo relatório das Nações Unidas, foi estabelecida cooperação internacional com a USP para a criação do Instituto Nacional de Reabilitação - INAR. As Nações Unidas participaram do planejamento geral, próteses e fisioterapia; a Oficina Internacional do Trabalho – OIT participou da

orientação profissional e da recolocação para o trabalho; e a Organização Mundial da Saúde tomou parte com a medicina física e a coordenação de programas. O INAR pretendia, de acordo com o relatório, tornar-se um modelo de reabilitação para outros países da América Latina. (ONU, 1965)

O INAR começou a funcionar com médicos e outros profissionais da USP, muitos deles formados ou atualizados em reabilitação com bolsas da OMS nos Estados Unidos. Em janeiro de 1957, a OMS enviou o primeiro Coordenador do Projeto, Mr. Paul Albright, de Nova York que, no ano seguinte foi substituído por Robin Hindley-Smith, da Inglaterra⁶. A OMS enviou também um técnico em prótese e órteses da Dinamarca, Erik K. Jensen, a fisioterapeuta Karin Lundberg e a terapeuta ocupacional Elisabeth P. Eagles. A OIT, por sua vez, enviou um técnico em reabilitação de cegos, Joseph Albert Asenjo e o orientador profissional John Alfred Humpreys. (Soares, 1987, p.36)

Até março de 1963, foram atendidos no INAR 2.402 casos, sendo 87,1% dos casos relacionados a problemas do aparelho locomotor, 5% de deficiências visuais, 3,7% de doenças cardiorrespiratórias e outros problemas. De todos os casos relacionados ao aparelho locomotor, 29% eram de paralisia cerebral, 23,64% de amputações, 10,32% de hemiplegias e 6,2% de poliomielites. (ibid., p.36)

Embora não se tenha localizado nenhum registro formal de investimentos financeiros, assessorias ou de recursos humanos de agências internacionais na ABBR, o ideário da reabilitação também estava presente na vida da instituição. O primeiro diretor do Centro de Reabilitação da ABBR, Hilton Batista, ocupou o cargo de vice-presidente da Rehabilitation International para a América Latina. Seu primeiro contato com a Rehabilitation International foi em 1954, no Instituto de Medicina de Reabilitação da Universidade de Nova Iorque, onde ele fazia um curso de pós-graduação. O diretor do Instituto era o professor Howard Rusk que,

⁶ Hindley-Smith, como poderá ser visto nos últimos capítulos da tese, teve influência na criação da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, em São Paulo, e defendeu a formação de nível técnico na área de fisioterapia, contrariamente à proposta da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro.

também, exercia o cargo de Presidente da International Society for the Welfare of the Disabled, hoje Rehabilitation International. (ALERJ, 2004)

Capítulo 2: Poliomielite e fisioterapia

Não apenas no Brasil, mas em muitos países do mundo, as epidemias de poliomielite deixaram um rastro de morte, sofrimento e deficiências físicas. Embora considerada erradicada no Brasil e em muitos países (à exceção do continente Africano e alguns países do Leste Europeu e sudeste da Ásia), a poliomielite tem retornado aos noticiários em virtude de muitos sobreviventes, 40 ou 50 anos depois do contágio, apresentarem agora piora considerável dos sintomas da pólio; é a chamada Síndrome Pós-Pólio, que têm afetado milhares de sobreviventes nos Estados Unidos, Brasil e em diversos outros países.⁷

Sob o aspecto histórico, grande parte dos artigos e pesquisas acadêmicas aborda principalmente os aspectos em torno da descoberta da vacina, enfim, da “vitória” da ciência sobre a poliomielite. A história das vítimas da pólio, a mobilização das sociedades e governos e as formas de tratamento das sequelas são contadas, em geral, por elas próprias, através de livros autobiográficos de sobreviventes ou de memórias de familiares de vítimas da pólio.

As epidemias de poliomielite têm estreita relação com o desenvolvimento da fisioterapia em todo mundo. Neste capítulo é dada ênfase aos aspectos epidemiológicos e sociais das epidemias de poliomielite antes da descoberta das vacinas, com especial atenção ao atendimento dado às vítimas da pólio. São discutidas as repercussões das epidemias em diferentes países, o medo da doença, o papel da mídia e da filantropia no enfrentamento da epidemia e suas contribuições para o desenvolvimento da profissão de fisioterapeuta em diferentes países. Esta narrativa é construída com o objetivo de resgatar o contexto social e das incertezas da ciência sobre as formas de transmissão e tratamento da poliomielite no decorrer dos anos de 1940 e 1950. Para tal, são utilizadas diversas

⁷ A Organização Pan-Americana da Saúde certificou a erradicação do vírus da poliomielite nas Américas, em 1994. (BRASIL. Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 6a. ed. – Brasília, 2005).

referências a trabalhos produzidos neste mesmo contexto histórico e a produção histórica mais recente.

O poder de "matar, mutilar e deformar"

A primeira descrição de uma epidemia de poliomielite foi feita por Medin, em 1887, em Estocolmo. Depois, ocorreram outras na Suécia e Noruega (1905), em Nova Iorque (1907), no Alasca (1908), em Minnesota, na Columbia Britânica e em Alberta (1910) (Freyche et Nielsen, 1956).

(...) a partir de 1920 as epidemias de poliomielite vem se produzindo com intensidade crescente, não somente nos países já mencionados, mas também de maneira geral naqueles onde as condições higiênicas e sociais podem-se considerar como muito satisfatórias (...) (Freyche et Nielsen, 1956, p.16)

Na Europa, quase todos os países apresentaram surtos epidêmicos da doença na primeira metade do século XX. Na Inglaterra, nos anos de 1926 e 1938 foram notificados, respectivamente, 3,3 e 3,8 casos para cada cem mil habitantes. Já em 1947, a taxa de notificações atingiu 18,1 casos, tendo ocorrido 13,7 e 17,6 casos notificados nos anos de 1949 e 1950. Na Escócia, em 1947, foram notificados 27,7 casos para cada cem mil habitantes e, em 1950, taxa de 21,8 casos. Na Dinamarca, as taxas ultrapassaram os 30 casos para cada 100 mil habitantes em 1944 e 1950. Na Noruega, entre os anos de 1950 e 1953, a taxa de notificação ultrapassou 20 casos. Na Islândia, em 1924 e depois entre os anos de 1945 e 1949 foram registradas as maiores taxas de notificação de casos de poliomielite do mundo, com quase 500 doentes para cada 100 mil habitantes. Em 1947, a capital Berlim, na Alemanha, apresentou taxa de 76,9 casos. Áustria, Suíça, Bélgica, Holanda, Espanha, Portugal, Itália e diversos outros países apresentaram também forte incidência de poliomielite, especialmente nos anos de

1940 e 1950 (Freyche et Nielsen, 1956). Sobre o impacto social da pólio, Shell ressalta:

Por setenta anos, a poliomielite traumatizou o mundo. A epidemia fechou a cidade de Nova Iorque durante os dois meses de quarentena da Ilha de Manhattan. Um presidente americano sofreu de seus efeitos paralisantes. Assim como sessenta milhões de outras pessoas no mundo. Mesmo quando a poliomielite não matou definitivamente suas vítimas, muitas vezes lhes deixava aleijados para a vida. Os sobreviventes foram o lembrete visível do poder da poliomielite em matar, mutilar e deformar. Os filhos da classe média relativamente abastados foram afetados tanto como as outras pessoas. Ninguém sabia o que causou a doença, e não houve cura. (Shell, 2005, p.1)

Nos Estados Unidos, em 1916, os surtos de poliomielite alcançaram o índice de 41,4 casos em cada 100 mil habitantes; 28,3 em 1949 e 37,2 casos em 1952. (Scorzelli, 1966, p.95-96).

O seu caráter epidêmico parece acentuar-se cada vez mais, e em 1916 registraram-se somente no estado de Nova York, 13.200 casos. Em 1926 Biesalski levantou uma estatística que mostrou a existência na Alemanha, de cerca de 30.000 inválidos em consequência da p.i [paralisia infantil] sem computar, os aleijados e diminuídos, representando um pesado encargo social. (Moreira, 1939, p.7)

Os dados epidemiológicos disponíveis sobre a poliomielite oferecem uma visão geral sobre a situação dessa doença em grande parte do mundo, durante a primeira metade do século XX. Antes da análise dos dados propriamente dita, é necessário considerar as diferentes possibilidades de falhas nos números apresentados. Primeiro, em razão de que muitos países só registram na categoria “poliomielite” os casos de poliomielite parálitica aguda e, em segundo lugar, porque erros de diagnósticos são frequentes e podem incluir estados febris com sinais de irritação na meninge. (Freyche et Nielsen, 1956)

Tais fontes de erros e variabilidade limitam consideravelmente o valor das estatísticas publicadas, mesmo no caso de nações onde o nível das condições sanitárias e sociais é mais satisfatório. (Freyche et Nielsen, 1956, p.15)

Nas Américas, tanto no Canadá quanto nos Estados Unidos, a incidência de poliomielite ocorreu com a mesma intensidade que na Europa. Em 1937, o Canadá apresentou taxas de notificação de 30,6 com epidemias menores ao longo dos anos até que, em 1952 e 1953, as maiores epidemias apresentaram taxas de 33 e 56,5 casos para cada 100 mil habitantes. Nos Estados Unidos houve surtos importantes também ao longo dos anos de 1940 e, especialmente, em 1951 e 1952, ocorrendo nesse ano taxa de 36,2 casos para cada 100 mil habitantes, totalizando cerca de 58.000 casos de poliomielite somente em 1952. (ibid., p.15)

Na primeira grande epidemia nos Estados Unidos, em 1916, a pólio infectou mais de 27.000 pessoas em 26 estados, resultando em aproximadamente 6.000 mortes e milhares de casos de paralisia (Gould, 1995). Em agosto de 1946, a revista Time publicou uma matéria sobre a pior epidemia de pólio que se estava vivendo nos Estados Unidos, desde 1916. Somente na semana anterior, haviam sido registrados 5.622 casos de pólio (Biography of the Crippler, 1946). Na primeira metade do século XX (1916 a 1955) foram infectadas em média 38.000 pessoas por ano. (Neumann, 2004)

Na América Latina, o número de casos notificados tem sido em média mais baixo do que nos Estados Unidos e no Canadá. As taxas de notificação em Cuba estiveram entre 5 a 10 casos nos anos de 1940 e 1950. Uruguai, Chile, Costa Rica, Peru, Guatemala, Brasil e diversos outros países apresentaram surtos de poliomielite, principalmente entre as décadas de 1940 e 1950. Na Argentina, a poliomielite alcançou seus maiores índices de morbidade (adoecimento) nos anos de 1943, com 10,6 afetados por cada 100 mil habitantes, em 1953, com 14,0 e em 1956 com 33,3 para cada 100 mil habitantes. Diversos países da Oceania, África e Ásia também notificaram elevados números de casos de poliomielite, como por exemplo, Nova Zelândia e Austrália, Angola, Congo e África do Sul, Japão e Israel

que, em 1950, registrou cerca de 145 casos para cada 100 mil habitantes (Freyche et Nielsen, 1956). O início da década de 1950 foi o auge da pólio em muitos países, Black, ao referir-se a esse período ressalta:

É desnecessário lembrar que nenhuma pessoa e nenhum lugar estão fora do alcance do vírus da pólio. Entre 1948 e 1955 houve mais casos de pólio do que nos trinta anos anteriores. (Black, 1996, p.28)

Para pesquisadores e também para a população, o maior objetivo não deveria ser a “eliminação da infecção da poliomielite, mas da paralisia, que era a consequência importante daquela infecção”. A infecção pelo vírus da poliomielite apresentava grande variação clínica, desde uma infecção classificada como inaparente, silenciosa ou assintomática, abortiva, não paralítica e a forma paralítica, a mais importante, porém a menos comum dentre as outras formas. (Sabin,1951, p.1215)

A "praga" da classe média

Especialistas em doenças infecciosas trabalhando na década de 1950 viam muito mais mortes por sarampo do que por pólio, mas o sarampo não aterrorizava os pais como fazia a pólio, que podia por fim para sempre ao correr e pular de uma criança. (Black, 1996, p.34)

Nos anos de 1950, as epidemias de pólio atingiram tanto crianças quanto adultos com mais de 25 anos nos Estados Unidos e na Suíça. Em Portugal, na Itália, na China, no Chile e no Japão, 80% dos afetados eram crianças com menos de 5 anos (Scorzelli, 1966, p.95-96). Esse perfil de contágio, principalmente de crianças na maior parte do mundo (inclusive no Brasil), deu à poliomielite também o nome popular de paralisia infantil.

Orfanatos barraram visitantes e iniciaram campanhas de limpeza, o início das aulas foi adiado nas escolas públicas e nos colégios, alguns colégios expulsaram alunos que passaram o verão em "lugares infectados"; a saúde pública proibiu igrejas e escolas dominicais de aceitar crianças com menos de 16 anos durante a epidemia. (Porto, 2004, p.115)

No Canadá, de acordo com Rutty (1996), a pólio era conhecida nos anos de 1940 e 1950 como a praga da classe média. Tendo como principal alvo a classe média canadense, a pólio tornou-se mais importante socialmente do que outras doenças que produziam mais mortes. Em 1953, a epidemia atingiu sua maior incidência no país, com aproximadamente 60 casos em cada 100 mil habitantes. A resposta de um país à pólio, segundo a autora, dependeria da tradição das atividades de saúde pública, da relação dos governantes e das autoridades sanitárias com a profissão médica e do nível de atividade entre organizações voluntárias e indivíduos. (Rutty, 1996).

Enquanto nos Estados Unidos, a resposta social à pólio era baseada na filantropia, nos indivíduos e no apoio voluntário às vítimas de pólio, no Canadá, cada província desenvolvia serviços especializados para prevenção e tratamento da poliomielite, "disponíveis gratuitamente para todos os casos de pólio". (Rutty, 1996, p.3)

Cada país, de acordo com sua estrutura e tradição de sistema de saúde, e considerando a maior ou menor presença do Estado na prestação de serviços públicos à população, optou por caminhos diferentes para o enfrentamento das epidemias de poliomielite. E enfrentar a epidemia, do ponto de vista de cada país, significava definir quem, se o Estado e/ou a iniciativa privada (filantrópica ou não), deveria se responsabilizar por cada ação. Essas ações compreendiam principalmente: formação de profissionais especializados para o tratamento, que envolvia criação de novas escolas e/ou cursos especiais para os profissionais já existentes; tratamento dos casos agudos, que incluía não só disponibilidade de pulmões de aço como infraestrutura hospitalar e de pessoal adequados; tratamento dos casos crônicos, que incluía a criação de centros especializados com oferta de serviços de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e diversos

outros profissionais e, até mesmo, distribuição e aplicação de vacinas (após a descoberta em meados de 1950).

Nos Estados Unidos, foram muitos os períodos de quarentena durante os surtos de pólio em diversas cidades. Enquanto não existia a vacina nem tampouco se sabia da forma de transmissão da doença, foram tentadas diversas medidas para conter o avanço da epidemia. Essas medidas incluíam isolamento dos infectados, suspensão de eventos ou aglomerações, sprays nasais e dedetização de casas e locais públicos. Em algumas cidades, o Serviço de Saúde Pública norte-americano realizou dedetizações em massa, especialmente durante o verão de 1945, com o objetivo de eliminar as moscas que, segundo eles, poderiam ser as responsáveis pela transmissão da pólio. (Black, 1996, p.38)

Muito da apreensão em torno da pólio vinha do desconhecido. Apesar de rigorosas pesquisas, ninguém podia dizer às autoridades de saúde pública onde o próximo surto de pólio poderia ocorrer - e mesmo que eles soubessem, eles não poderiam parar isso. Ninguém sabia quantos tipos de pólio seriam, e o tratamento era uma questão de longa controvérsia. (Black, 1996, p.36)

Na cidade de Rockford, no Estado norte-americano de Illinois, os jornais anunciavam que o uso de inseticidas seria a única salvação dos moradores diante da epidemia. A cidade foi pulverizada durante seis dias pelo solo e pelo ar. Dois dias após a explosão da bomba de Hiroshima, a manchete de um jornal da cidade, no dia 18 de agosto de 1945, anunciava: "Pulverização Preventiva para Pólio tão importante para Rockford quanto a Bomba Atômica". (Black, 1996, p.38)

Desigualdades sociais, segregação racial e a política da pólio

Do ponto de vista da raça, baseando-se em estudos nos Estados Unidos e na África do Sul, a poliomielite atacou principalmente brancos, de três a quatro

vezes mais do que negros (Scorzelli, 1966, p.101). Sobre esse aspecto, o artigo intitulado “Raça e a política da Pólio” publicado no ano de 2007 faz uma retrospectiva histórica analisando a segregação racial no financiamento público e a filantropia nos serviços de saúde, encobertos pelo discurso científico de que a raça negra não seria suscetível à pólio (Rogers, 2007).

Nas primeiras décadas do século 20, quando as primeiras epidemias de pólio apareceram na América do Norte, profissionais médicos e a legislação pública mantinham a convicção de que Negros eram raramente infectados, enquanto com Brancos, a pólio era comum e transcendia classes sociais. (Rogers, 2007, p.786).

A Fundação Warm Springs⁸, patrocinada pelo Presidente Roosevelt, era um dos maiores e mais conhecidos centros de pesquisa e tratamento da poliomielite nos Estados Unidos. Mantida por meio de grandes campanhas nacionais de doações, de negros e brancos, o Centro de tratamento de Warm Spring não admitia negros para tratamento. A justificativa para tal negativa de atendimento, feita por seu cirurgião chefe, era a de que por não possuir quartos ou clínicas separadas para negros, as “pessoas de cor” não poderiam ser admitidas para tratamento. (Rogers, 2007, p.787-788).

Em Israel, entre os anos de 1950 e 1956, as epidemias de poliomielite alcançaram altas taxas de notificação. Em 1952, a taxa foi de 53; em 1954, a taxa caiu para 46 e em 1956, foi de 28 casos notificados para cada 100 mil habitantes. O nível de imunidade das crianças à epidemia de pólio em Israel estava diretamente relacionado ao nível social da família na qual a criança vivia. Imigrantes nascidos na Europa, com melhores condições de higiene e mais protegidos de influências ambientais, estavam menos expostos ao vírus circulante da poliomielite e, em consequência disso, possuíam menor imunização natural do

⁸ O presidente norte-americano Franklin Delano Roosevelt havia contraído pólio em 1921, aos 39 anos de idade. Em 1927 Roosevelt criou a Fundação Warm Spring no Estado da Geórgia. Em 1937 criou a NFIP, uma das maiores responsáveis pelos investimentos maciços no tratamento dos doentes e na pesquisa da vacina contra a pólio.

que outros imigrantes vindos de países menos desenvolvidos da Ásia e África. (Lery et Falk, 1960)

A convivência entre imigrantes judeus de diferentes estratos sociais pode ter precipitado a ocorrência de altos índices de casos de poliomielite. Em Israel, na primeira metade dos anos de 1950, dada a baixa imunidade das crianças das famílias de classe social mais alta, o “estrato social europeu mais elevado da população foi predominantemente afetado”. (Lery et Falk, 1960, p.854)

De 1915 a 1934, o número de casos notificados de poliomielite em judeus foi 20 vezes maior do que os casos em muçulmanos. Na China, em 1946, enquanto os soldados da marinha americana apresentavam altas taxas de infecção por poliomielite, a doença era tida pelas autoridades sanitárias como incomum entre os chineses. Na África do Sul, os números das epidemias indicavam que a incidência de poliomielite parálitica chegava a ser 10 vezes maior entre os europeus do que entre os africanos e, enquanto as taxas de infecção eram de 1 para 4 nas áreas urbanas, nas áreas rurais nativas, eram de 1 para 300. (Sabin, 1951, p.1216)

No entanto, embora os dados oficiais de casos de poliomielite parálitica apresentem tamanha diferença de incidência, existem outras explicações para esse fenômeno que podem, em realidade, estar ocultando a verdadeira face da distribuição da infecção de poliomielite, ao redor do mundo. A primeira explicação seria a falta ou omissão no reconhecimento e comunicação dos casos de poliomielite parálitica nos países. Diferenças na técnica diagnóstica, na falta de laboratórios e profissionais, maior ou menor oferta de serviços de saúde, maior ou menor acesso da população à assistência à saúde e diferenças nas políticas governamentais sobre notificação, comunicação e divulgação de casos influenciam fortemente os números oficiais das epidemias, com a possibilidade real de ausência de casos ou subnotificações onde a realidade pode ser o oposto. (Sabin, 1951, p.1216-1220)

Diversos inquéritos epidemiológicos mais criteriosos demonstraram a fragilidade dos dados oficiais de alguns países. No Egito, em 1943, foram

analisadas as internações de todas as crianças com paralisia no Hospital do Cairo, em períodos durante os anos de 1930 e 1940. Durante todo o período analisado, o número de novas internações por ano com diagnóstico de paralisia foi alto, chegando a mais de 200 casos por ano em 1948 e 1949. A partir de inspeções pessoais nos prontuários, e em contato com os pacientes, verificou-se que cerca de 80% dos casos considerados genericamente como paralisia eram, em realidade, devido à poliomielite. No entanto, nesse mesmo período, os relatórios oficiais do Ministério da Saúde Egípcio informavam a ocorrência de somente 2 a 11 casos por ano, a maior parte deles, fatais. (Sabin, 1951, p.1216).

Ao concluir seu artigo publicado em 1951, Albert Sabin reconheceu algumas diferenças sobre a disseminação do vírus da poliomielite nas diferentes populações mundiais. Segundo Sabin, que, em 1959, apresentava a descoberta de sua vacina contra a pólio, os mais pobres possuíam aparentemente menor incidência de poliomielite paralítica por terem, em seu meio, mais disseminado o vírus da pólio. Sua tese era a de que, justamente por haver maior quantidade de vírus circulantes em virtude das aglomerações com baixas condições sanitárias, haveria, portanto, maior imunidade por infecções leves ou assintomáticas, ao contrário das infecções de poliomielite paralítica, mais severas, que atingiam populações normalmente com melhores condições sanitárias. (ibid., p.1228)

O Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) publicou, em 1956, artigo que reforçava a tese de Sabin e de outros pesquisadores sobre a influência das condições sanitárias para as epidemias de pólio. Em regiões ou países com condições precárias de saneamento, o vírus poderia se propagar mais facilmente, fazendo com que as crianças estivessem expostas aos três tipos de vírus da pólio muito cedo, embora clinicamente em muitos casos, a infecção não seja aparente. Nesses casos, a imunidade seria desenvolvida precocemente nas crianças, o que diminui a suscetibilidade para epidemias da doença. Ao contrário, em países com melhores condições sanitárias, crianças alcançam os dez anos de idade sem ter nenhuma imunidade ao vírus, aumentando as chances de epidemias. (Paul, 1956, p.530-535)

Os trabalhos publicados à época trazem um pouco do universo de incertezas que pairava sobre o meio científico. A fragilidade das estatísticas sobre o número de afetados pela doença em diversos países oferecia a falsa impressão de que, em povos com piores condições de vida, haveria menor número de vítimas da doença. Crianças bem nutridas e vivendo com boas condições de higiene eram tão afetadas pela pólio quanto as que viviam em favelas, em péssimas condições de higiene. A busca por "culpados" entre imigrantes, vistos como prováveis transmissores de doenças, e a prioridade de atendimento aos brancos da classe média norte-americana não eram incomuns na época em que eram ainda desconhecidas as formas de transmissão e prevenção da poliomielite.

Pólio, mídia e filantropia norte-americana

A forte presença da poliomielite nos meios de comunicação e as diferentes campanhas de arrecadação de fundos para arcar com os custos da pesquisa e tratamento da doença serão analisadas a seguir. O medo da doença, o estigma da deficiência física, as pessoas envolvidas, os altos custos do tratamento especializado e a luta pela descoberta de uma vacina mobilizaram a sociedade norte-americana ao longo de várias décadas. O objetivo é analisar a aliança entre mídia e filantropia na arrecadação de recursos destinados ao enfrentamento da doença nos Estados Unidos. Tal análise permitirá, como se verá mais adiante no texto, diferenciar as ações e campanhas de filantropia realizadas pela ABBR e sua relação com a mídia.

Desde a década de 1930, revistas especializadas e a grande mídia norte-americana publicavam matérias sobre as epidemias de poliomielite, que envolveu políticos, empresários, artistas e dezenas de outras personalidades públicas, muitas delas até como vítimas da doença. Milhares de norte-americanos participaram das grandes campanhas nacionais de arrecadação ao longo de mais de duas décadas.

Pólio na Casa Branca

No verão de 1921, Frank Delano Roosevelt contraiu poliomielite. Roosevelt, que havia ido passar férias com a família na ilha de Campobello, na costa canadense, desenvolveu os primeiros sintomas da doença associado à paralisia nos membros inferiores. A pólio, até então associada aos imigrantes pobres, atingiu um homem jovem e saudável, que viria se tornar presidente dos Estados Unidos. O Presidente Roosevelt foi figura central para o combate à doença. Em busca de tratamento adquiriu um *resort* conhecido como Warm Springs. Em 1927 esta estação de águas tornou-se uma fundação filantrópica para tratamento das sequelas de poliomielite. (Rogers, 1992, p.166-167)

Com a quebra das bolsas de ações americanas em 1929, as doações para a Fundação Warm Springs caíram de aproximadamente 369.000 dólares em 1929 para 30.000 dólares em 1932. Para recuperar as finanças e poder voltar a receber novas vítimas de pólio para tratamento, a equipe de administração da Warm Foundation propôs a criação de um dia nacional de arrecadação no aniversário de Roosevelt. (Oshinsky, 2006, p.49)

Com a Fundação Warm Springs e depois com a criação da National Foundation for Infantile Paralysis (NFIP), Roosevelt desenvolveu nos anos de 1930 e 1940 as maiores campanhas de marketing em massa da história norte-americana. (Rogers, 1992, p.166-167) Com slogans como 'dançando para que outros possam andar' foram organizados bailes comemorativos em todo país no mês de aniversário do Presidente com o objetivo de arrecadar fundos para as

pesquisas e tratamento da pólio. De cada ingresso vendido, 1 dólar deveria ser repassado para a Fundação Warm Springs. (Oshinsky, 2006, p.49)

Em janeiro de 1934, mais de trezentos comitês estavam organizados e preparados para as celebrações nas cidades americanas. Durante este mês de janeiro, com o auxílio de propagandas gratuitas em jornais, lojas de departamentos e companhias telefônicas, no dia 29 de janeiro foram realizadas mais de 6.000 festas de arrecadação em todo país. No dia 9 de maio de 1934, o Presidente Roosevelt recebeu o valor total arrecadado durante os bailes de aniversário, mais de um milhão de dólares destinados a Fundação Warm Spring. (Oshinsky, 2006, p.49)

A organização dos bailes era feita a partir de trabalho voluntário, e embora a comemoração do aniversário do presidente tivesse relação com o Partido Democrata e com o próprio Presidente Roosevelt, os bailes de arrecadação não tinham vínculo formal com nenhuma agência governamental ou científica. Em 1935, no entanto, a opinião pública começou a questionar a proximidade das ações filantrópicas de arrecadação de fundos com as festividades do partido Democrata. (Rogers, 1992, p.170)

Em 1938, após críticas que associavam Warm Springs ao Partido Democrata e que questionavam o caráter 'caritativo' da Fundação, Roosevelt anunciou a criação da Fundação Nacional para a Paralisia Infantil (NFIP). A nova fundação foi anunciada como não-partidária e destinada a encontrar a cura para a poliomielite enquanto oferecia tratamento às vítimas da epidemia. (Oshinsky, 2006, p.53)

A parceria com astros de Hollywood foi bastante explorada em campanhas nacionais de arrecadação para a recém-criada NFIP. Dentre todas as celebridades, uma exerceu papel principal nas campanhas contra a poliomielite. Foi Eddie Cantor, famoso comediante, protagonista de filmes, cantor, compositor e apresentador de programa de rádio americano. Eddie era um dos mais bem pagos artistas americanos, admirador e amigo do Presidente Roosevelt. Em 1938, foi Cantor que sugeriu a criação de um novo slogan para as campanhas de

arrecadação de fundos da NFIP: “March of Dimes”. O nome era baseado em um conhecido programa de atualidades apresentado nas salas de cinema, chamado “March of Times”. Após a concordância de Roosevelt, Cantor apresentou o projeto da “March of Dimes”, que em português poderia ser traduzido como “marcha dos dez centavos”, em seu programa de rádio. Em seguida diversos outros astros de Hollywood apoiaram o projeto que, segundo Cantor, “permitiria a todas as pessoas, mesmo as crianças, mostrar ao nosso presidente que estamos com ele nessa batalha”. Em apenas três dias, haviam sido enviadas diretamente à Casa Branca, cerca de 150.000 cartas com moedas de dez centavos e, também, com cédulas. (Oshinsky, 2006, p.53-54)

Eram muito comuns cartazes, anúncios em jornais e cartões postais com apelos emocionais, retratando crianças - as principais vítimas da paralisia. Milhares de cartões foram enviados pelo correio ilustrados com imagens de crianças com sequelas de pólio (em cadeiras de rodas, com muletas ou em pulmões de aço) acompanhadas de envelopes onde poderiam ser colocadas até vinte moedas, com espaço para notas também. (Helfand, 2001)



Ilustração 1. Cartaz convidando a população para participar da "March of Dimes", 1948. Fonte: <http://medlineplus.nlm.nih.gov/exhibition/ephemera/images/pubhl25.jpg> . Acesso em 28/03/2008

O modelo de filantropia desenvolvido pela Fundação mobilizou grande parte da população norte-americana e arrecadou dezenas de milhões de dólares. O Presidente da NFIP, Van Riper, em artigo publicado em 1948 discutiu a relação entre a ação filantrópica americana no combate à pólio e a necessidade de participação do Estado. Sob o título "Podem as agências públicas de saúde cuidarem da poliomielite sozinhas?" Riper defende a existência da NFIP no contexto da epidemia americana, nos anos de 1940.

Não há tempo para fitas vermelhas governamentais, não há tempo para testes e erros, não há tempo para treinar e instruir pessoal chave. Há tempo somente para um rápido deslocamento de equipamento e pessoal treinado para a área epidêmica. Nossa

defesa contra essa doença deve ser uma defesa fluida. (Riper, 1948, p. 697)

Para Riper, somente os esforços combinados de agências oficiais e agências voluntárias, contando as últimas com “o suporte financeiro de toda a nação americana” poderiam fazer frente às necessidades emergenciais provocadas pelos ataques epidêmicos da pólio. Para o presidente da NFIP, não há oposição entre a NFIP e os órgãos oficiais de saúde, como alegaram alguns críticos. Segundo o autor, embora representem agências voluntárias, oficiais ou privadas, o interesse no combate à pólio é o mesmo. (Riper, 1948).

A poderosa fundação privada, com as suas campanhas March of Dimes, representou um novo estilo democrático da filantropia americana, dirigida a solicitação de pequenas contribuições dos cidadãos comuns. (Baker, 2000, p.202)

Os movimentos de filantropia em prol do tratamento das vítimas de pólio trouxeram uma inovação importante no cenário norte-americano. A “March of Dimes” inovou na arrecadação de recursos e, ao invés de pedir grandes somas de dinheiro a poucas pessoas, solicitou pequenas doações de milhões de pessoas.

Quem não iria contribuir com alguma coisa para ver uma criança deficiente andar de novo? A chave era atingir milhões de pessoas por meio da moderna mídia – pessoas que nunca haviam doado à caridade antes, ou quem, na verdade, nunca foi perguntado. (Oshinsky, 2006, p.51)

Além do natural sofrimento e apreensão provocados por um filho com poliomielite em casa, as famílias americanas enfrentavam um outro grande problema bastante concreto: o custo do tratamento. Em todos os estágios, o tratamento era caro e costumava durar meses ou até mesmo anos. Os custos de tratamento eram estimados em cerca de dez mil dólares por paciente, podendo

chegar a vinte e cinco mil dólares para pacientes de longa permanência em pulmões de aço. Cerca de 85% dos pacientes norte-americanos que necessitavam de auxílio receberam ajuda financeira da NFIP, que custeava no todo ou em parte os custos hospitalares, de transporte do paciente, fisioterapia, pulmões de aço, macas especiais dentre outros. (Black, 1996, p.100)

O papel da mídia impressa na pólio

Além de filmes e programas de rádio, os jornais e revistas de grande circulação tiveram papel importante na cobertura midiática sobre a poliomielite nos Estados Unidos.

Ninguém sabe ainda como a doença se espalha (...) Não há nenhuma prova que se espalhe por moscas, água potável, leite, nadar em águas infectadas. (...) No entanto, apesar da fisioterapia, de 15 a 20% das vítimas de pólio ainda sofrem de permanente paralisia. Cerca de 6% morrem. (Biography of the Crippler, 1946)

O medo do contágio, os casos de paralisia e invalidez, assim como as referências ao tratamento da fisioterapia apareciam frequentemente nas matérias. Embora a mortalidade tenha diminuído graças aos avanços em equipamentos e procedimentos técnicos, as epidemias atingiam ainda muitas famílias. Em novembro de 1946, a revista Time publicou uma matéria intitulada "Ano da Pólio", afirmando que 1946 foi o pior ano da epidemia das últimas três décadas, com 22.371 casos da doença. Segundo a matéria, naquele ano haviam sido gastos quatro milhões de dólares com tratamento da pólio. Os quatro anos anteriores registram um total de 65.000 casos. A boa notícia foi que a taxa de mortalidade da doença caiu de 25%, em 1916, para somente 5% em 1946, graças ao avanço nas técnicas de tratamento que incluía "pulmões de aço, fisioterapia etc." (Polio Year,

1946). Em 1948, a revista Time publicou matéria analisando o medo da sociedade norte-americana em relação à doença:

No ranking das grandes doenças da humanidade, a pólio pode ser comparada ao tamanho de um bebê assassino, diante de um gigante como a malária, por exemplo. Com relação a sua capacidade de causar invalidez, ela é bem menor do que as doenças mentais. No entanto, ela é a doença mais temida pelas mães americanas (...). (Polio Scare, 1948).

Os textos e imagens publicados na mídia impressa sobre a pólio eram carregados de sofrimento humano e do estigma da deficiência física. Imagens de muletas, crianças em aparelhos ortopédicos e dentro de pulmões de aço foram ocupando cada vez mais espaço na imprensa norte-americana. Sobre a presença da pólio na mídia, Black acrescenta:

Em 1954, poucas pessoas poderiam ouvir o diagnóstico e não se consternarem. A década dos verões de pólio, as campanhas de arrecadação de fundos "March of Dimes", e a promessa de desenvolvimento da vacina fizeram com que a doença permanecesse nos noticiários. Quase todos sabiam de alguém que havia sido tocado pela pólio - um amigo, um vizinho, um colega. (Black, 1996, p. 11)

Na revista semanal americana Time, de 1950 a 1959, foram publicadas 293 matérias relacionadas à poliomielite. Para dimensionar o destaque que a mídia impressa deu a essa doença, foi realizado um comparativo com o número de matérias publicadas sobre a tuberculose. No mesmo período, foram apenas 180 matérias com referência à tuberculose.⁹ A maior parte dos textos que citavam a poliomielite foram publicados na seção de "medicina" da revista Time, com 176

⁹ A pólio foi citada em seis matérias de capa, sendo assunto principal da revista na edição de 29 de março de 1954, com a capa em homenagem ao Dr. Salk. A ilustração da capa mostrava o rosto de Salk e sete seringas de vacina apontando para muletas e suportes de perna e tronco. As palavras chaves em inglês utilizadas na pesquisa foram "tuberculosis" e "polio". A pesquisa foi realizada no dia 20 de julho de 2008 na base de dados da Revista Time que disponibiliza seu acervo via internet no seguinte endereço eletrônico: www.time.com

matérias, seguidos por 17 matérias com referência à pólio na seção "assuntos nacionais", 16 na seção "pessoas", 11 publicações na seção de "cartas" e as demais matérias publicadas nas mais diferentes seções como teatro, show business, televisão, educação e cinema, entre outras.

Na base de dados do New York Times, um dos mais tradicionais jornais americanos, a busca pela palavra chave em inglês "polio", ao longo de toda a década de 1950, localizou 4.277 citações em matérias publicadas, ao passo que a pesquisa no mesmo período do termo em inglês "tuberculosis" retornou 3.093 matérias. Matéria publicada na revista Time, em 1948, analisava do ponto de vista financeiro a presença da pólio na mídia:

A publicidade da pólio fez a pesquisa da pólio ficar rica em dólar, enquanto outras doenças menos dramatizadas são pobres de dinheiro. Apesar das pesquisas, no entanto, não há forma conhecida para prevenir a pólio nem cura para ela. (Polio Scare, 1948).

Em uma busca mais ampliada realizada em diferentes jornais e revistas norte-americanos durante a década de 1950, o destaque dado à pólio pela imprensa foi ainda maior.¹⁰ Foram localizadas aproximadamente 136.000 matérias publicadas com ocorrência das palavras "pólio" ou "poliomyelitis" no período. Para a palavra chave "tuberculosis", foram encontradas referências somente em 44.500 matérias publicadas na década de 1950. Embora, nos piores anos da epidemia de poliomielite, a tuberculose tenha sido responsável por cerca de 7 vezes mais mortes do que a pólio, a poliomielite foi citada na mídia impressa norte-americana cerca de 3 vezes mais do que a tuberculose.

¹⁰ A base de dados pesquisada informou sobre matérias publicadas ao longo da década de 1950 onde a pólio era citada, principalmente nos seguintes jornais e revistas: New York Times, Time Magazine, Washington Post, St. Petersburg Times, Ellensburg Daily Record, Los Angeles Time, Hartford Courant (Connecticut), Chicago Daily Tribune, Charleroi Mail (Pennsylvania), Holland Evening Sentine (Michigan), Joplin Globe (Missouri), New Mexican, The Progress (Pennsylvania), Mansfield News Journal (Ohio) e Panama City News. A pesquisa foi realizada via internet no dia 25 de julho de 2008, no acervo digitalizado de jornais e revistas disponibilizado no endereço eletrônico: http://news.google.com/archivesearch/advanced_search?ned=us&hl=en

Embora a grande mídia tenha publicado mais sobre a pólio do que sobre outras doenças, o mesmo não ocorreu quando se comparam o número de artigos publicados na Revista Americana de Saúde Pública (AJPH). Em pesquisa realizada na base de dados da AJPH foram localizados 68 artigos publicados relacionados à poliomielite, no período de janeiro de 1950 a dezembro de 1959, e 84 artigos sobre tuberculose no mesmo período.¹¹

No caso da pesquisa em revista científica, ao contrário do que ocorreu na mídia em geral, a tuberculose ocupou relativamente maior espaço de publicação. Em outras palavras, a diferença entre os dados obtidos diretamente nos arquivos digitalizados parece indicar que a poliomielite despertava maior interesse da população (representada pela mídia em geral) do que entre os pesquisadores com atuação na saúde pública, mais interessados em produzir e publicar pesquisas sobre tuberculose ou outros temas. A pólio foi um grande fenômeno também como marketing de massa, ocupando a imprensa mais em virtude do medo da invalidez e da necessidade de arrecadar doações dos milhares de norte-americanos do que propriamente pelo número de mortes que causava.

Do ponto de vista epidemiológico, no ano de 1952, por exemplo, em uma das piores epidemias de pólio nos Estados Unidos, morreram, em decorrência dessa doença, 3.145 pessoas. Neste gráfico, a pólio é a responsável pelo menor número de mortes, quando comparada a outras causas. (U.S. Department, 1955, p.36-41)

¹¹ A pesquisa foi realizada via internet no dia 27 de julho de 2008, através do endereço eletrônico <http://www.ajph.org/search.dtl> buscando artigos publicados que em seus títulos ou resumos constassem a palavra "poliomyelitis". O mesmo procedimento foi feito com a palavra "tuberculosis".

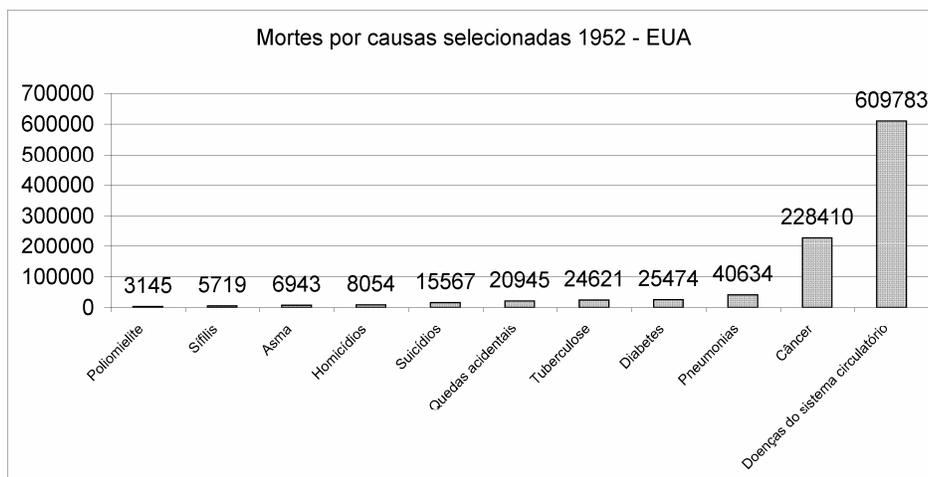


Ilustração 2. Gráfico baseado em dados das páginas 36 a 41 do U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. Vital Statistics of the United States - 1952, Mortality Data. Vol.II. Washington, 1955.

Embora o número de mortes, e mesmo de internações por poliomielite, tenha sido bastante inferior ao de outras doenças, poucas enfermidades ocuparam tanto espaço na mídia quanto a poliomielite. O fato de afetar principalmente crianças, a questão da deficiência física e a ocorrência de casos mais graves em regiões com boas condições sanitárias espalharam o terror nas famílias de classe média norte-americana e renderam muito espaço na mídia. Centenas de matérias em jornais e revistas, shows de música, programas de rádio, filmes e livros que abordavam direta ou indiretamente a pólio foram lançados ao longo da década de 1950 nos Estados Unidos. Era preciso manter a população sempre alerta e bem informada com relação à pólio, não apenas pelos riscos à saúde, mas também pela necessidade permanente de doações em dinheiro, de acordo com o modelo de filantropia adotado.

Poliomielite e o desenvolvimento da fisioterapia

Vítimas de lesão da medula espinhal, doenças respiratórias e desordens neurológicas devem pelo menos em parte sua reabilitação e mobilidade aos sobreviventes da poliomielite. (Raymond, 1986)

Diversos autores internacionais comparam a importância da pólio como equivalente ou superior à das duas grandes guerras, no que se refere à sua contribuição para o desenvolvimento das técnicas de fisioterapia e da profissão de fisioterapeuta no mundo (Neumann, 2004; Raymond, 1986; Maturana, 2002; Kranz, 1986).

Assim como fisioterapeutas ofereceram seus serviços no tratamento e contribuíram para a pesquisa e diminuição da mortalidade nos pacientes de poliomielite, o contato com a doença e suas características clínicas peculiares permitiu grandes avanços clínicos na área da fisioterapia. Esses avanços marcam até hoje a atuação dos fisioterapeutas. O objetivo, nesta etapa do presente trabalho, é discutir a relação existente entre as epidemias de poliomielite e o desenvolvimento da fisioterapia nos Estados Unidos e em alguns países da Europa. São analisados o desenvolvimento dos pulmões de aço e sua contribuição para a clínica respiratória, o desenvolvimento da fisioterapia neurológica, os incentivos para a formação profissional na área para atender ao crescente número de pacientes, entre outros aspectos.

Novos serviços e a demanda por fisioterapeutas

Desde 1941, o Estado espanhol reconhece a importância do tratamento e da recuperação de crianças com deficiências. Por meio da lei de Saúde Materno Infantil, foram criados os dispensários e centros especializados para “recuperação de crianças inválidas e com deformidades”. Em 1947, foram criados os primeiros “Centros de Luta contra a Poliomielite”, localizados nas cidades de Madrid, Barcelona, Sevilla e Santander. Esses centros públicos, além de realizarem o

tratamento dos casos de pólio, auxiliavam na notificação, no ensino e na propaganda da luta contra a poliomielite. Durante as primeiras epidemias de pólio na Espanha, em 1950, foi criado, por meio de Portaria Ministerial, o “serviço contra paralisia infantil no Hospital do Menino Jesus”. A cada ano, eram criados novos centros especializados e uma rede de pulmões de aço que cobriam todas as províncias espanholas. (Maturana, 2002, p. 45)

Ao longo da década de 1950, a reabilitação se desenvolveu na Espanha como área de atuação profissional para atender às necessidades das pessoas com deficiências. Se, por um lado, o deficiente teria que receber “todos os cuidados necessários para levar uma vida plena”, por outro, deveria também “colaborar com o sustento econômico de sua família e da nação”. Nos anos de 1950, quando os níveis sanitários da população já estavam mais altos, começaram a aumentar o número de casos de pólio. Parecia haver uma relação direta entre níveis sanitários e a frequência de casos da doença. Quanto melhores as condições sanitárias, mais aumentavam o número de casos de pólio em geral e maior a proporção de casos paralíticos. (Maturana, 2002, p. 42-44)

Na Itália, em uma cidade próxima de Roma, foi criado no início dos anos de 1950 um Instituto para tratamento da poliomielite. O Instituto possuía 170 leitos e três grandes setores: fisioterapia, ortopedia e cinesioterapia. Os pacientes eram crianças e jovens de “14 meses a 14 anos” e os tratamentos utilizavam diversas técnicas de fisioterapia com os principais objetivos: proporcionar rápida recuperação funcional, prevenção de contraturas, manutenção da circulação sanguínea e nutrição dos membros afetados e também, limitar as intervenções cirúrgicas para correção de deformidades. (Rosen, 1951, p.473)

Na opinião de Maturana, a pólio teve grande importância para a reabilitação:

A reabilitação beneficiou os doentes com poliomielite, mas também esta propiciou uma maior consolidação desta atividade especializada durante as décadas dos anos cinquenta e sessenta. (Maturana, 2002, p. 47)

A poliomielite era considerada como uma “doença escola” pelas lições que oferecia para o conhecimento e tratamento de diversas outras doenças do sistema neuro-locomotor. Os centros de tratamento para a pólio deveriam ter, além das instalações de um centro de reabilitação tradicional, um serviço com pulmões de aço, uma piscina para hidroterapia e uma seção de ensino e jogos (já que a maioria dos pacientes eram crianças). A equipe desses centros especializados deveria ser formada por médicos de diferentes especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, assistentes sociais, professores e outros profissionais. (Maturana, 2002, p. 46)

Nos Estados Unidos, em 1946, Basil O'Connor, presidente da NFIP, anunciou a instalação de quatro Unidades de Auxílio à Epidemia com o objetivo de auxiliar e treinar pessoal de saúde, autoridades e hospitais no enfrentamento de surtos epidêmicos de poliomielite. Cada unidade era composta por um ou mais médicos, dois fisioterapeutas, uma enfermeira ortopédica e, quando possível, um epidemiologista. Antes que a pólio atingisse níveis altos da epidemia, deveria ser possível treinar voluntários e pessoal de saúde especializado para diminuir os danos causados. (Epidemic aid units for pólio outbreaks, 1946)

Em Nova Iorque, no ano de 1947, foi implantado o primeiro Centro Médico de treinamento especializado em poliomielite para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais. A equipe era chefiada por um pediatra, assistido por 3 médicos, 5 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional e 18 enfermeiras. O centro possuía 35 leitos para todas as fases de tratamento da poliomielite e recebia, além de pacientes, profissionais de saúde de todo o país. Os pacientes que não possuíam recursos para arcar com as despesas tinham seu tratamento pago pela NFIP. (A poliomyelitis treatment..., 1945)

Os pulmões de aço

Muitos pacientes acometidos pela poliomielite necessitavam de respiração artificial em consequência da paralisia dos músculos respiratórios. O pulmão de aço, como ficou conhecido popularmente, consistia em um cilindro metálico no qual, em seu interior, o paciente permanecia inserido normalmente do pescoço para baixo. A variação de pressão no interior da máquina induzia à inspiração e expiração no paciente. (Drutz et Ligon, 2000)



Ilustração 3. Pulmões de aço no Hospital Rancho Los Amigos, 1953. Fonte: http://en.wikipedia.org/wiki/Image:Iron_Lung_ward-Rancho_Los_Amigos_Hospital.gif . Acesso em 28/03/2008.

As primeiras pesquisas para desenvolver o pulmão de aço começaram em 1926 nos Estados Unidos, com Philip Drinker, apoiado pelo Instituto Rockefeller. Já em 1928 o pulmão de aço foi utilizado pela primeira vez por um paciente de oito anos com paralisia dos músculos respiratórios, causada pela poliomielite. Ao ser colocada na máquina, a criança que estava em estado de coma, por falência respiratória, recobrou a consciência imediatamente. (Drutz et Ligon, 2000, p.282)

O uso dos pulmões de aço ou respiradores de tanque, junto ao desenvolvimento das técnicas de fisioterapia respiratória conseguiram levar adiante pacientes com severas paralisias respiratórias musculares, espinhais e bulbares, contribuindo a reafirmar também a função do fisioterapeuta. (Maturana, 2002, p. 47)

De agosto a dezembro de 1952, em Copenhagen, somente em um único hospital de doenças infecciosas, foram atendidos cerca de 3.000 pacientes com poliomielite, dos quais 345 tiveram a forma bulbar da doença, com paralisia dos músculos respiratórios e da deglutição. No entanto, o hospital possuía apenas um único pulmão de aço. (West, 2005, p.424)

Durante várias semanas, de 30 a 50 pacientes com sintomatologia bulbar foram internados diariamente e de 6 a 12 destes estavam terrivelmente mal. Durante as primeiras 3 semanas da epidemia 27 de 31 pacientes com poliomielite bulbar morreram, 19 deles dentro de 3 dias de internação. Claramente uma catástrofe estava acontecendo. (West, 2005, p.424)

Em Copenhagen, a solução encontrada pelos profissionais foi realizar a ventilação, manualmente, com sacolas de borrachas durante 24 horas por dia em todos os pacientes com paralisia dos músculos respiratórios. Ao longo de várias semanas, cerca de 1.500 alunos da área de saúde foram recrutados para participarem de rodízio mantendo os pacientes sob ventilação respiratória manual, o que reduzia a mortalidade nestes casos críticos de 90% para 25%. Durante a epidemia de 1952, foram desenvolvidos novos métodos de diagnóstico respiratórios por meio da medição dos níveis de dióxido de carbono, bicarbonato e *ph* no sangue. Esse foi o nascimento da fisiologia respiratória moderna que, ainda hoje, utiliza as descobertas do equilíbrio ácido-base e da mecânica ventilatória nos pacientes com insuficiências e outras disfunções respiratórias críticas. (West, 2005, p.426-427)

A diferença entre pacientes comuns que necessitam de ventilação e de pacientes com poliomielite era característica: Eles estavam conscientes! Os alunos inventaram maneiras de se comunicar com seus pacientes. (West, 2005, p.431)

A forma bulbar da doença, com severo comprometimento dos músculos respiratórios levava os pacientes à falência respiratória, mas com consciência, o que dificilmente ocorria em outras patologias. O elevado número de pacientes com disfunções respiratórias acelerou a busca por novas técnicas de tratamento, inclusive da fisioterapia e contribuiu para o desenvolvimento de centros de terapia intensiva. Sobre isso, Schettino acrescenta:

De uma hora para a outra (década de 1950) os hospitais se viram diante de uma legião de pacientes que não podiam mais respirar por conta própria, pois seus músculos da respiração, especialmente o diafragma, estavam paralisados pela doença. Foi necessário, então, agrupar estes pacientes em unidade específicas de cuidados respiratórios, e desenvolver técnicas de ventilação artificial dos pulmões, para que eles sobrevivessem à fase aguda da doença. O domínio da técnica de ventilação artificial dos pulmões, também conhecida como ventilação mecânica, foi um marco decisivo para o desenvolvimento das UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) mundo afora. (Schettino, 2007, p.554)

A forma bulbar da poliomielite, embora fosse a mais grave e contribuísse com grande parte do número de mortes por pólio, era, felizmente, a forma de menor ocorrência da doença. Do ponto de vista clínico, a paralisia muscular causada pela poliomielite era profundamente interessante, pois preservava a sensibilidade do paciente e, em muitos casos, oferecia resultados imediatos com relação ao ganho de força, movimento e funcionalidade no tratamento com fisioterapia. A motivação e otimismo causados pela melhora funcional criavam um círculo virtuoso e, muitas vezes, os pacientes faziam mais exercícios do que os prescritos pelos fisioterapeutas. (Neumann, 2004, p. 485)

Teste muscular e o estudo do movimento humano

A aparente relação de causa e efeito entre a quantidade de esforço colocado na reabilitação de alguém e o resultado funcional alcançado era bastante evidente para muitos sobreviventes da pólio, assim como para seus fisioterapeutas. (Neumann, 2004, p. 485)

Em virtude do vírus da pólio afetar aleatoriamente os neurônios motores, cada paciente apresentava diminuição ou ausência de força muscular em diferentes músculos. Isso gerava um quadro bastante complexo e individualizado para cada paciente. Foi justamente com o objetivo de documentar as alterações funcionais e avaliar o quadro de cada paciente de forma individualizada, que foi desenvolvido o teste muscular manual, utilizado até hoje por fisioterapeutas em todo o mundo. Por seu contato diário junto ao paciente e por seus conhecimentos de anatomia, fisiologia e prescrição de exercícios terapêuticos, era responsabilidade dos fisioterapeutas a realização e registro dos resultados do teste muscular. (Neumann, 2004, p. 487)

Médicos não poderiam, por eles mesmos, testar e re-testar o esmagador número de pacientes. A epidemia de pólio, portanto, ofereceu uma oportunidade rara para os fisioterapeutas tornarem-se experts em uma área muito valorizada. (Neumann, 2004, p. 488)

O teste muscular manual, amplamente utilizado na avaliação individual funcional dos pacientes com sequelas de pólio, foi também útil para testar e documentar a eficácia da profilaxia com gamma globulinas e depois a vacina Salk¹². Dezenas de fisioterapeutas norte-americanos participaram dos testes da

¹² A profilaxia com gamma globulina foi utilizada nos Estados Unidos com plasma sanguíneo de sobreviventes da pólio, que continham anticorpos da doença, antes da utilização da vacina Salk.

vacina em 1954 (Neumann, 2004, p. 488). Segundo Neumann, os fisioterapeutas começaram a se destacar no conhecimento sobre a função muscular:

Entender todo o potencial de ação de um único músculo oferecia mais do que uma informação acadêmica. Fisioterapeutas usaram essa informação para instruir pacientes sobre como substituir uma ação secundária ou terciária de um músculo forte pela ação primária de um paralisado. (Neumann, 2004, p. 488)

O estudo do movimento humano (cinesiologia) pode ser considerado como a base científica principal para os tratamentos desenvolvidos pelos fisioterapeutas até hoje. O uso das bases da cinesiologia no tratamento de pacientes foi popularizada por Brunnstrom¹³ por meio da edição de um clássico livro intitulado Cinesiologia Clínica, publicado inicialmente em 1962, e amplamente utilizado por fisioterapeutas, ainda hoje, em sua prática clínica e na formação universitária. (Neumann, 2004, p. 487)

As características clínicas específicas da paralisia muscular provocada pela poliomielite, associada ao enorme número de casos e aos recursos financeiros investidos permitiu o desenvolvimento de numerosos estudos e novas técnicas na área da fisioterapia. Nos pacientes afetados, não era incomum apresentarem um único músculo inervado dentre diversos outros músculos de um mesmo agrupamento muscular. Isto permitia que este único músculo apresenta-se de forma inequívoca sua real função muscular, permitindo, por assim dizer, o mapeamento da função muscular de centenas de músculos nunca antes analisados na cinesiologia do ser humano. (ibid.,p. 488)

A pesquisa e o tratamento da paralisia infantil auxiliaram não apenas no conhecimento sobre o funcionamento e patologias do sistema neurológico, mas também na criação de novos equipamentos como apoios, camas, estimuladores

¹³ As primeiras publicações de Brunnstrom, fisioterapeuta americana, foram sobre testes musculares nos pacientes de pólio, no início da década de 1940. Considerada como o primeiro artigo de um fisioterapeuta na prestigiada revista americana Journal of Bone and Joint Surgery, Brunnstrom, em 1941, revolucionou a análise clínica da ação muscular com suas observações sobre a articulação do ombro em pacientes de pólio. (Neumann, 2004, p. 487)

elétricos, cintos de pressão abdominal e respiradores (Maturana, 2002, p. 48). Suportes plásticos mais leves para articulações, ventiladores de pressão-positiva portáteis, rampas e cadeiras de rodas criadas sob medida foram outros avanços, em termos de novas tecnologias desenvolvidas para os sobreviventes da poliomielite, amplamente utilizados também para outros doentes. (Raymond, 1986, p.1403)

Também no que se refere à produção científica na área de fisioterapia, a poliomielite teve papel central. Diversos fisioterapeutas americanos, hoje autores de livros utilizados nos cursos de graduação em fisioterapia, inclusive do Brasil, publicaram seus primeiros artigos nos anos de 1950. A *Physical Therapy Review*, revista científica da APTA publicava com regularidade artigos sobre a poliomielite e o seu tratamento, além de números especiais exclusivos sobre fisioterapia na poliomielite (publicados em julho de 1951, 1952 e 1953, além do volume 27 de 1947). Os anos cinquenta marcam, assim, as origens de uma literatura científica de autoria de fisioterapeutas, frequentemente orientados por médicos. Kendall, Knott, Worthingham, Daniels, Brunnstrom, Moore, e outros fisioterapeutas, passaram a escrever artigos sobre hidroterapia, estimulação elétrica, prevenção de deformidades, cuidados respiratórios, avaliação e fortalecimento muscular. (Neumann, 2004, p. 482)

Precisa-se de fisioterapeutas

A necessidade de profissionais era grande: os anúncios recrutando fisioterapeutas eram publicados nas revistas especializadas e milhares de bolsas de estudo foram distribuídas para formação de novos fisioterapeutas. No final de 1952, estimava-se que cerca de um terço de todos os fisioterapeutas norte-

americanos haviam recebido bolsa de estudo da NFIP. (Neumann, 2004, p. 483).¹⁴

Para Donald Neumann, fisioterapeuta e pesquisador norte-americano, a “epidemia de poliomielite foi um dos fatores que mais influenciaram” para o reconhecimento da fisioterapia nos Estados Unidos (ibid., p. 429). Em 1945, a Fundação Nacional para Paralisia Infantil (NFIP), colaborando com a Associação Americana de Fisioterapia, investiu mais de um milhão de dólares para o avanço da fisioterapia no tratamento da poliomielite paralítica (O`Connor, 1945).

A NFIP possuía um programa de bolsas para estudantes e professores de fisioterapia desde 1944. Em julho de 1957, havia 2.501 bolsas de estudos em curso, 63 bolsas para professores, 181 bolsas de curta duração e 9 bolsas para viagem, totalizando 2.864 bolsas concedidas para fisioterapia. Foram autorizados cerca de quatro milhões de dólares para este programa, um “investimento considerável para uma agência voluntária destinado a aumentar o número de pessoas em uma única profissão.” (Hislop e Worthingham, 1958, p.228)

De acordo com os dirigentes da NFIP, as bolsas eram uma “solução parcial” para o problema da carência de profissionais, sendo necessárias também medidas de assistência financeira para escolas de formação e associações profissionais com o objetivo de recrutar estudantes qualificados e manter bons níveis de formação e de prática profissional no que se refere à poliomielite. (Riper, 1954, p.745) Em 1953, a NFIP anunciava ajuda financeira para formação de profissionais em três áreas: fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social. No caso da fisioterapia, a NFIP trabalhava em parceria com a Associação Americana de Fisioterapeutas (APTA) que possuía um programa de recrutamento específico. No esforço para recrutar novos fisioterapeutas foram produzidos um filme de dezessete minutos de duração intitulado “Dentro dessas mãos”, e um panfleto

¹⁴ A escassez de profissionais era tal que, em abril de 1958, em uma revista científica de circulação nacional nos Estados Unidos (Physical Therapy Review), foram publicadas 3 páginas com mais de 30 diferentes anúncios no formato classificados oferecendo vagas de trabalho (de uma a cinco vagas por anúncio) em hospitais e outras instituições de saúde. (Positions available..., 1958)

“Fisioterapia: serviço e carreira”, com o objetivo de despertar o interesse dos jovens pela profissão. (Clearing house..., 1953, p.770)

Em 1956, ao final de uma pesquisa realizada com 1.800 fisioterapeutas com bolsas da NFIP, 95% responderam que já haviam atendido pacientes com poliomielite tanto no estágio agudo (inicial) da doença como em convalescença.¹⁵ (Hislop e Worthingham, 1958,p.239)

A falta de uma oferta suficiente de profissionais treinados para realizar pesquisa e para cuidar de pacientes tem sido e continua a ser um sério entrave ao progresso no alcance das necessidades de saúde deste país. (Riper, 1954, p.745)

Para ampliar a capacidade de recrutamento de novos fisioterapeutas, a NFIP criou com a Associação Americana de Fisioterapia (APTA) o Serviço de Recrutamento da Pólio. A finalidade desse serviço era recrutar e alocar fisioterapeutas no período de três a seis meses nas cidades que mais necessitavam de assistência, em virtude da epidemia de pólio. A maior necessidade era relacionada às crianças paralisadas e dependentes do pulmão de aço para sobreviver. Estima-se que de 1948 a 1960, mais de mil fisioterapeutas participaram dessas “equipes de choque”, como eram chamadas. (Neumann, 2004, p. 483)

¹⁵ Um dado relevante destacado pela pesquisa é que 59 fisioterapeutas que responderam ao questionário afirmaram eles mesmos terem contraído poliomielite. (Hislop e Worthingham, 1958, p.239)

Considerações finais

A poliomielite mobilizou a sociedade civil e a mídia em muitos países. Os fisioterapeutas, por formação, conhecedores da função muscular, ocuparam lugar de destaque principalmente no tratamento das pessoas com sequelas de pólio. Nos Estados Unidos, os incentivos financeiros da NFIP contribuíram para o desenvolvimento científico da fisioterapia. A forte presença da poliomielite na mídia, o sucesso alcançado em muitos tratamentos utilizando técnicas da fisioterapia e o aumento da demanda por fisioterapeutas fez crescer o reconhecimento profissional na área e multiplicar as escolas formadoras. No Brasil, diante da ocorrência de surtos de poliomielite nos anos de 1950, foram criadas diversas instituições, tanto para o tratamento das vítimas, quanto para a formação de fisioterapeutas. No próximo capítulo, são abordados alguns aspectos relacionados à epidemia de poliomielite no país, em especial no Rio de Janeiro.

Capítulo 3: As epidemias de poliomielite no Brasil

A solução brasileira encontrada para o enfrentamento da doença incluiu experiências de outros países, principalmente os da Europa e os Estados Unidos, fazendo com que no Brasil fosse criado um modelo misto. De forma geral, esse modelo contou com iniciativas públicas no âmbito do Estado principalmente para o tratamento dos casos agudos de pólio em alguns hospitais de referência e, posteriormente, para a distribuição pública de vacinas. Quanto ao tratamento das pessoas, principalmente crianças com sequelas da doença, houve forte presença da iniciativa privada através de instituições filantrópicas, com campanhas permanentes de arrecadação de recursos financeiros e a participação de rádios, jornais e televisão, com algumas semelhanças ao modelo norte-americano de filantropia adotado pela NFIP.

Neste capítulo é narrada a situação da poliomielite no Brasil, com enfoque principalmente no Rio de Janeiro - então capital do país. Alguns dados epidemiológicos são analisados a fim de esclarecer o perfil social da doença principalmente nos anos de 1950, assim como foram destacados o papel do médico Godoy Moreira, da USP, e de Oswaldo Pinheiro Campos, do Hospital Jesus, ambos profissionais com atuação marcante tanto no Brasil como em entidades internacionais. São analisados, também, os debates em torno da relevância da poliomielite como problema de saúde pública, seu caráter epidêmico, assim como notícias relacionadas à doença veiculadas em jornais e revistas, além de projetos de lei que tramitaram na Câmara dos Deputados à época.

A fisioterapia desde as primeiras epidemias

Existem relatos de casos de poliomielite no Brasil desde o século XIX. A partir de 1930, diversas capitais brasileiras foram afetadas pela pólio: Porto Alegre (1935), Santos (1937), São Paulo e Rio de Janeiro (1939). Nos anos 40, Belém (1943), Florianópolis (1943 e 1947), Recife (1946) e Porto Alegre (1945). Nos anos 1950, a epidemia atingia principalmente cidades do interior e surtos importantes em algumas capitais como São Paulo e Rio de Janeiro que, em 1953, teve registrada sua maior epidemia, atingindo a taxa de 21,5 pessoas infectadas por 100 mil habitantes (Finkelman, 2002, p. 119-234). Ao referir-se ao problema da pólio, Moreira ressalta:

Moléstia que evolue às vezes em algumas horas, as suas sequelas se eternizam e são às vezes irreparáveis. Outras epidemias custarão mais vidas: muitas vezes porém a morte representa menos que a invalidez para sempre. Com razão pois a p.i. [paralisia infantil] é um dos flagelos mais temidos pelo cortejo de preocupações e sofrimentos que traz a inúmeros lares. (Moreira, 1939, p.7)

Um aspecto relevante relacionado à poliomielite era sua estreita relação com a deficiência física. A pólio deixava um rastro de pessoas com deficiências físicas, muitas delas sem acesso a qualquer tipo de tratamento, dando maior visibilidade a questões como preconceito e discriminação. O medo da invalidez, das diferenças físicas incômodas, das pernas finas, causava grande desconforto nas famílias e marcaram muitas vidas de pessoas atingidas pela pólio.

O professor Godoy Moreira, em seu livro sobre o tratamento da paralisia infantil, publicado no Brasil em 1939, já assinalava a importância da fisioterapia nessa área¹⁶. Em seu livro de 208 páginas, o autor analisa somente o tratamento

¹⁶ O professor Godoy Moreira foi médico e professor da Faculdade de Medicina da USP. Foi também membro do Comitê de Expertos em Reabilitação Médica da OMS, tendo sido o criador do Instituto de Reabilitação na USP, com forte atuação no tratamento dos casos

dos membros inferiores afetados pela pólio. Essa impressionante publicação, com riqueza de detalhes em seu texto vastamente ilustrado, cita mais de 780 referências bibliográficas sobre poliomielite, de autores de diversas partes do mundo. Para ele:

Ainda neste período dos dois primeiros meses, após o ataque ou fase febril da moléstia, diversos tratamentos tem sido propostos como as punções lombares, os banhos quentes, massagens, eletrização, exercícios, entre outros. (Moreira, 1939, p.27)

Para o professor Godoy, passado o “estado de sensibilidade” do paciente, após os dois primeiros meses, era recomendado iniciar a fisioterapia, “visando obter o máximo de recuperação dos músculos atingidos”. O tratamento de fisioterapia, segundo esse autor, consistiria no uso de correntes elétricas, diatermia, calor, massagens, balneoterapia, exercícios e mecanoterapia. As massagens feitas na água teriam “larga aplicação principalmente nos Estados Unidos”. O autor destaca ainda que os exercícios de “reeducação dos movimentos e os exercícios ativos e passivos”, quando “dirigidos por pessoal especializado”, têm obtido resultados “os mais satisfatórios” em clínicas norte-americanas e em clínicas européias como o “Oskar-Helene-Heim de Berlim, os Institutos de Hohmann em Frankfurt e o de Scherb em Zurich”. (Moreira,1939, p. 27-35)

A respeito do profissional que deveria realizar as técnicas de fisioterapia no paciente acometido pela paralisia infantil, Godoy Moreira afirmou:

É evidente que esse tratamento não póde ser feito por turmas de enfermos mas sim isoladamente, o que constitue uma dificuldade para seu emprego nas clínicas.

de poliomielite em São Paulo e de diversas outras regiões do país que ali buscavam atendimento.

Os exercícios devendo ser rigorosamente individualizados compreende-se a necessidade de dispor de um pessoal competente para executá-lo, conhecedor dos detalhes anatômicos e fisiológicos indispensáveis para a boa condução do tratamento. (Moreira, 1939, p. 33)

Desde 1939, portanto, já se previa a necessidade de profissional especializado para tratar das sequelas da poliomielite. O convívio principalmente de médicos brasileiros com as formas de tratamento utilizadas nos Estados Unidos e na Europa fez com que, inicialmente no Rio de Janeiro e em São Paulo, fossem criadas instituições para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, assim como para especialização de médicos e outros profissionais no tratamento da pólio. A intensidade da epidemia, seu perfil social e a capacidade de mobilização da sociedade e dos meios de comunicação foram fatores determinantes na busca de soluções para o enfrentamento da doença no caso brasileiro.

O Perfil social da epidemia

De acordo com Nogueira e Risi (2002), os mais afetados pela pólio eram crianças, sendo que 60 a 70% delas pertenciam a classes econômicas mais elevadas. Tal perfil só viria a ser modificado, segundo os autores, na década de 60, em que a cobertura vacinal dos mais pobres era mais difícil, aumentando o contágio nas camadas populares. Para esse autor:

No decorrer da primeira metade do século XX, a melhoria das condições sanitárias restringiu a transmissão natural do vírus da poliomielite em certas camadas da população brasileira, condicionando a formação de maiores contingentes de suscetíveis à doença, em faixas etárias mais propensas à forma paralítica. Tal comportamento foi caracterizado em inquérito sorológico realizado em 1956, no Rio de Janeiro, que mostrou menor imunidade natural à poliomielite nos grupos populacionais de condição socioeconômica

mais elevada, aos quais correspondiam 60 a 70% dos casos paráliticos conhecidos. (Nogueira e Risi, 2002, p. 159)

Segundo dados do IBGE, no ano de 1953, as notificações de morte por poliomielite aguda alcançaram as taxas de 1,38 e 1,05 por cada 100.000 habitantes, respectivamente no Rio de Janeiro (antigo Distrito Federal) e em São Paulo. Embora em 1954 tenha havido um pequeno decréscimo das notificações, é preciso lembrar que os dados brasileiros dessa época traziam muitas incorreções, podendo haver subnotificações e mesmo notificações lançadas em outras categorias, como morte por doenças da primeira infância ou outras. (IBGE,2003)

Segundo dados epidemiológicos de São Paulo, relativos a 1953, um dos piores anos da epidemia de poliomielite, entre os problemas de saúde que representavam maior número de mortes estava, em primeiro lugar, a categoria que incluía gastrites, duodenites, enterites e colites, com taxa de mortalidade de 114,65 mortes para cada 100 mil habitantes. Em segundo lugar, com taxa de 100,76 mortes, se destacavam as doenças arterioscleróticas e degenerativas do coração e, em terceiro lugar, os neoplasmas malignos, inclusive dos tecidos linfáticos e hematopoiéticos (97,68), Em sequência, a categoria "todas as outras doenças", com taxa de 67,50; a de lesões vasculares do sistema nervoso central com 64,93; a de acidentes, envenenamentos e violências com 59,47; a de pneumonias (56,70); a de hipertensão com doença do coração (41,06); a de "outras doenças peculiares à primeira infância e imaturidade" (34,16); a tuberculose do aparelho respiratório (30,65), a de infecções dos recém-nascidos (26,52) e a de outras doenças do coração (25,15). (IBGE,2003)

Já no Rio de Janeiro, para o mesmo ano de 1953, as categorias com maiores taxas de mortalidade foram as seguintes, em ordem decrescente: gastrites, duodenites, enterites e colites (taxa de 121,08); "todas as outras doenças" (105,84); doenças arterioscleróticas e degenerativas do coração (99,00); tuberculose do aparelho respiratório (85,67); neoplasmas malignos, inclusive dos tecidos linfáticos e hematopoiéticos (83,94); pneumonias (82,99); acidentes, envenenamentos e violências (81,57); hipertensão com doença do

coração (70,58); lesões vasculares do sistema nervoso central (69,47); "outras doenças peculiares à primeira infância e imaturidade" (36,29) e "outras doenças do coração" (34,79). (ibid.)

Ao analisar os dados estatísticos, a primeira conclusão relacionada à poliomielite é sua baixíssima relevância do ponto de vista do número de mortes, quando comparada a outras doenças. Para não citar apenas as grandes causas de morte, outras doenças como anemia, meningite, tétano, sarampo, difteria, sífilis, coqueluche, febre reumática, gripe, bronquite ou cirrose, por exemplo, causaram proporcionalmente muito mais mortes, em 1953, do que a poliomielite no mesmo ano.

Tanto no Rio de Janeiro quanto em São Paulo, com pequenas diferenças, as doenças do trato digestivo, do aparelho circulatório, aparelho respiratório, o câncer e o grupo de causas externas (acidentes e violências) são responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade. A causa de morte categorizada como "todas as outras doenças" nesse caso é um relevante indicador da falta de qualidade dos dados estatísticos, ou seja, quanto maior o número de mortes por causas indeterminadas ou mal definidas, maiores são as chances de que essas mortes pertençam a uma ou outra causa morte, com potencial para alterar, de forma significativa, as estatísticas de mortalidade apresentadas. O avanço do saneamento básico gerou efeitos contraditórios:

Com o progressivo saneamento básico dos bairros intermediários e periféricos da cidade, as crianças deixavam de estar expostas aos poliovírus desde a idade pré-escolar tomando-se especialmente vulneráveis ao contágio durante as férias de verão, em idades mais avançadas, o que aumentava o risco de aparecimento de formas paralíticas. Assim, contraditoriamente, o saneamento básico, numa época em que não existiam as vacinas, tornava o surgimento de casos paralíticos mais frequentes. (Barata, 2000, p.339)

O número de pessoas que contraíram poliomielite foi crescente em São Paulo ao longo da década de 1950, permanecendo com número significativo de casos até 1967 pelo menos. Em 1953, a morbidade foi de 7,7 casos para cada

cem mil habitantes, chegando a taxa de 20,0 em 1960 e decrescendo para taxa de 11,9 em 1963. (Barbosa, 1968, p.69)

De 1956 a 1960, as capitais brasileiras mais atingidas pela poliomielite, em ordem decrescente de número de mortes por habitantes foram: São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Recife e Belém. (Scorzelli, 1966, p.125).

Poliomielite e saúde pública na sociedade carioca

E era engraçado que a pólio atacava mais as pessoas, digamos, de classe média, os favelados você encontrava pouquíssima pólio nas favelas (...) Até que inventaram a vacina. (Marisa Murray, depoimento oral, p.3)

A poliomielite era conhecida no Rio de Janeiro desde as últimas décadas do século XIX. De 1909 a 1911, Fernandes Figueira relatou a ocorrência de 52 casos na Capital Federal. De 1921 a 1941, foram registradas 92 mortes dentre os 389 casos notificados. De 1921 a 1961, os maiores surtos epidêmicos da doença foram registrados em 1953, com 746 casos e 35 mortes; tendo, em 1939, ocorrido 287 casos e 23 óbitos, e também surtos expressivos em 1961, 1958, 1954 e 1956. Cabe ressaltar que esses dados tratam apenas da poliomielite parálitica. Para Scorzelli, "se a notificação fosse melhor e se casos não paráliticos fossem também incluídos, os dados seriam aumentados". (Scorzelli, 1966, p.130-136).

A maior parte dos casos notificados de poliomielite, no período de 1957 a 1961, concentra-se nos distritos sanitários de Madureira, Penha, Méier e Bangu. Esses bairros, em conjunto, possuíam mais de 60% dos casos notificados. Os bairros da Tijuca, Vila Isabel, Botafogo, Laranjeiras e Copacabana, embora com menor quantidade de casos, encontravam-se entre os 12 distritos sanitários com

maior notificação. Esses dados revelam o número absoluto de casos, sem considerar a densidade populacional de cada distrito, que poderia fornecer o coeficiente de casos por habitantes. Com relação à idade, no período de 1953 a 1961, aproximadamente 80% dos casos foram em menores de 3 anos de idade, com raríssimos casos em maiores de 20 anos. (Scorzelli, 1966, p.137-140).

Pólio: uma doença de natureza especial

A poliomielite, como nos propomos a demonstrar, é um dos problemas de saúde pública do Rio de Janeiro, cuja importância vem crescendo no decorrer do tempo. Trata-se de doença que determina casos graves – fatais, invalidantes e fisicamente deformantes – originando, por isto, um estado emocional da população. (Scorzelli, 1966, p.71).

Comparativamente a outras doenças transmissíveis, em 1959, a poliomielite aparecia na Guanabara com taxas de mortalidade inferiores ao tétano, coqueluche, difteria, febre tifóide e sarampo. A referência à poliomielite feita nos Anais da 3ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, destaca o seguinte, após a descoberta e utilização da vacina:

A poliomielite não constitui problema sanitário de maior vulto no país, desde que são baixos os seus coeficientes de mortalidade e morbidade (...); sua referência neste trabalho visa, apenas, mostrar o número de imunizações (...) com a vacina SABIN, cuja utilização em larga escala, no ritmo em que vem sendo conduzida, permite esperar, para curto prazo, a cobertura total dos grupos susceptíveis, em todo o país, o que virá a possibilitar o controle e eventual erradicação da moléstia, cujas características sociais, de natureza especial, justificam as inversões feitas na aquisição da vacina. (Brasil, 1992)

As características sociais de "natureza especial", como afirma o relatório da Conferência Nacional de Saúde, influenciaram decisivamente na mobilização social, nos recursos investidos no combate à doença, e na busca por tratamento das sequelas. As melhores condições de vida e higiene normalmente presentes na classe média e na alta sociedade carioca não protegiam seus filhos do flagelo da pólio, ao contrário do que ocorria com outras doenças normalmente associadas à pobreza.

O perfil social da doença e o medo do contágio fizeram com que a pólio ocupasse lugar de destaque na imprensa carioca. Sob o título "A sombra da invalidez sobre uma coletividade", o jornal Correio da Manhã, em abril de 1953, publica matéria ressaltando alguns aspectos sociais da pólio:

(...) chamamos a atenção para a importância médico-social da paralisia infantil, que como se sabe não respeita nem raça, nem idade, nem país e nem clima, causando vítimas no mundo inteiro e levando uma grande percentagem destas à invalidez temporária ou mesmo definitiva. A paralisia infantil não é privilégio dos países de clima frio e a prova é que verificamos sua existência em nosso meio durante todos os meses do ano. (A sombra da invalidez..., 1953)

No texto da matéria é possível perceber um aspecto bastante mobilizador da sociedade carioca em torno da poliomielite. A doença não era "somente" associada à pobreza e à falta de instrução, mas afetava indiscriminadamente a população, sem respeitar raça, idade, país, clima e, especialmente, sem respeitar classes sociais. Ao analisar a importância da poliomielite como problema de saúde pública no Rio de Janeiro, Scorzelli (1966) defendia maiores recursos para o combate à doença. A posição desse autor é de divergência com os que alegam que outras doenças de maior incidência deveriam receber os recursos investidos no combate à pólio.

Algumas doenças transmissíveis, como se verá a seguir, representam grandes problemas de saúde pública nesta área, surgindo, então, ao espírito de alguns a convicção de que, face ao

vulto por elas apresentado, não se deve dar destaque à poliomielite (...) Os esforços e verbas destinadas ao combate à poliomielite teriam, deste modo, melhor emprego se utilizados no ataque prioritário às doenças de maior incidência. (Scorzelli, 1966, p.70).

Embora os casos graves de pólio com paralisia sejam “pequena minoria”¹⁷, Scorzelli (1966) alega que não se pode adotar “um critério simplista e apenas baseado no número de casos ou fatos, para a delimitação dos problemas de saúde pública”. A escolha de que problemas de saúde pública deveriam ser os prioritários, e quais, portanto, deveriam receber maiores recursos e investimentos, estava em disputa. De acordo com esse autor, havia uma forte “consciência popular”, ainda que o número de casos pudesse ser considerado como moderado. Para esse médico:

O fato de se combater a poliomielite, gastando-se, aliás, pouco em relação ao ganho de vidas e de produtividade, acrescenta a esse panorama razões econômicas para uma atuação imediata e extensiva. (Scorzelli, 1966, p.71)

O próprio autor, no entanto, reconhece que o número de casos de outras doenças transmissíveis era bem maior. Por exemplo, somente dentre as mortes causadas por doenças transmissíveis, a tuberculose aparece em primeiro lugar, com coeficientes de 87,4 (em 1956) e 94,8 (em 1957) para cada cem mil habitantes, enquanto que em segundo lugar aparece a gripe e, em seguida, disenterias, febre tifóide, sarampo, difteria, meningite e lepra. A poliomielite figura apenas em décimo lugar dentre as doenças transmissíveis nas estatísticas de morte de 1956 e 1957 e quanto a estatísticas de morbidade (adoecimento), ela aparece em oitavo lugar, dentre as doenças transmissíveis nesse mesmo período (Scorzelli, 1966, p.76-77).

O argumento central de Scorzelli era que, embora a tuberculose, as doenças intestinais e a varíola apresentassem números de adoecimento e morte muitas vezes superiores aos das epidemias de pólio, aquelas doenças não

¹⁷ De acordo com o Documento Técnico sobre Poliomielite e Síndrome Pós-Pólio, as formas paralíticas da pólio representam de 1 a 1,6% dos casos da doença (Secretaria de Estado de Saúde, 2006, p.1)

poderiam ser vencidas apenas com recursos técnicos, como uma vacina e tratamento adequado, mas estariam “ligadas ao atendimento dos problemas de saneamento”, dependendo assim da “elevação do nível econômico das coletividades”. Isso justificaria, segundo o autor, a prioridade que deveria ser dada aos recursos investidos no combate à poliomielite, sem que com isso devesse representar “negligência no ataque a outros problemas de saúde pública por motivos de luta contra a poliomielite”. (ibid., p.71)

O engajamento da “alta sociedade carioca” na luta contra a poliomielite e no patrocínio e filantropia de instituições destinadas ao tratamento das crianças afetadas (como foi o caso da ABBR) tem forte relação com o perfil social da doença. Grande parte das crianças atingidas pela poliomielite pertencia às famílias das classes sociais com maior capacidade de mobilização social e poder aquisitivo. Embora com número de casos bastante inferior ao de outras doenças, a pólio foi considerada como prioritária dentre as inúmeras outras prioridades da saúde pública carioca.

De Vila Isabel para o Brasil e o Mundo

O Hospital Jesus e o cirurgião Oswaldo Pinheiro Campos têm grande significado neste trabalho, não apenas por sua importância no atendimento às vítimas de poliomielite, como também por sua relação direta com a criação da ABBR e da ERRJ. Situado no bairro de Vila Isabel, zona norte do Rio de Janeiro, o hospital recebia quase todos os casos paralíticos de poliomielite do Estado da Guanabara e “apreciável número dos ocorridos em outras Unidades do país” (Scorzelli, 1966, p.66).

Fundado em 1935, na cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Jesus foi concebido inicialmente com 150 leitos para atendimento exclusivo às crianças, uma das primeiras unidades de saúde do gênero em todo o Estado. A primeira cirurgia nesse Hospital foi uma apendicectomia (retirada do apêndice), realizada

pelos cirurgiões Alberto Borgerth (primeiro diretor do hospital) e Oswaldo Pinheiro Campos, sendo José Lourenço Jorge, o anestesista. (Hospital Municipal Jesus, 2007)

O Hospital Jesus, desde o surto de 1953, passou a atender todos os casos agudos de pólio da Guanabara, assim como aqueles advindos dos Estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Pará, Amazonas, São Paulo, Paraná, Maranhão, Mato Grosso, Brasília, Santa Catarina, demonstrando a grande difusão do Hospital Jesus em quase todos os Estados do Brasil. (Meira, 1975, p.43)

O diagnóstico dos casos de poliomielite no Rio de Janeiro era feito de duas formas complementares. O diagnóstico clínico da forma paralítica era feito nos pacientes internados no Hospital Jesus e a confirmação, por meio de diagnóstico laboratorial, era realizado no Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil. (Scorzelli, 1966, p.141). Para Scorzelli:

Os casos do Hospital Jesus constituem, naturalmente, a grande parcela dos que são submetidos a exame no Instituto de Microbiologia, o que se explica pelo fato de se tratar de instituição especializada no tratamento da poliomielite. Não obstante, alguns casos foram encaminhados a diagnóstico pela Clínica das Doenças Tropicais e Infecciosas, da Faculdade Nacional de Medicina e pelo Ambulatório de Pediatria, do Hospital dos Servidores do Estado. (Scorzelli, 1966, p.142).

Foram internados com poliomielite no isolamento do Hospital Jesus, 288 pacientes, em 1953; 366 pacientes, em 1958 e 498 em 1961, chegando até 733 pacientes internados em 1965, ano de maior número de internações registradas. De 1965 até os anos de 1970, esse número foi diminuindo gradativamente, sendo que, em 1970, foram registrados 135 casos. Do total de casos de internações no isolamento, neste período, 60% eram do Estado da Guanabara, 35% do Estado do Rio e 5% vindos de outros Estados brasileiros. Os meses de maior incidência

eram agosto e outubro e cerca de 90% dos internados tiveram pólio com menos de dois anos de idade. (Meira, 1975, p.43-44)

O Hospital Jesus, contando com a experiência de diversos médicos e cirurgiões, em especial de Oswaldo Pinheiro Campos, ocupou papel central no atendimento às vítimas de poliomielite, principalmente na fase crítica da doença. Novas formas de tratamento foram criadas e o hospital passou a ser referência nessa área. Os casos agudos, nas décadas de 1930 e 1940, eram atendidos em ambulatórios, enquanto os mais graves eram encaminhados para hospitais de isolamento, onde os pacientes ficavam sem o tratamento adequado. Normalmente, os pacientes com casos de sequelas neuro-locomotoras mais graves eram até imobilizados com gesso nesses hospitais, trazendo agravamento do quadro e dificultando uma melhora do quadro funcional na fase crônica da doença. Os tratamentos feitos no Hospital Jesus contrariaram "muitas opiniões conservadoras da época". (Meira, 1975, p.41)

Atuação internacional

No livro sobre a história do Hospital Jesus, o médico Oswaldo Pinheiro Campos é descrito como possuidor de “qualidades excepcionais”, “espírito brilhante de luta, irrequieto, personalidade ímpar, com incrível poder persuasivo e uma disposição para o trabalho jamais igualado ou seguido de perto”. Nessa publicação, Oswaldo era considerado como o “Estácio de Sá de uma nova mentalidade”. (Meira, 1975, p.41)

O reconhecimento desse cirurgião ultrapassava os limites do país. Durante a Primeira Conferência Internacional de Poliomielite, em julho de 1948, Oswaldo Campos presidiu a primeira sessão da Conferência, da qual eram palestrantes o

médico e pesquisador Albert Sabin¹⁸ e o professor Herbert Seddon, da Oxford University (Inglaterra). (International Poliomyelitis Conference, 1948)

Na opinião do médico Pedro Pinheiro, Campos possuía renome internacional:

A primeira cirurgia de coluna, no Brasil, foi feita no Hospital Jesus. O Doutor Oswaldo era muito amigo de Sabin, convidou na época Paul Harrington, um texano. O Oswaldo era casado com uma americana e, naquela época, já viajava aos Estados Unidos, como hoje se vai. Oswaldo era muito à frente de todos, ia com frequência aos Estados Unidos. Ele trouxe o Paul Harrington para operar no Brasil. Quando foi feita a primeira cirurgia tinha muito fotógrafo. E o Paul Harrington veio ao Brasil exatamente porque lá na América ele tinha dificuldades em fazer a cirurgia. (Pedro Carlos de Moraes Sarmiento Pinheiro, depoimento oral, p.20)¹⁹

As relações de Oswaldo Pinheiro Campos com os Estados Unidos e o seu protagonismo internacional no tratamento das vítimas de poliomielite levaram o nome do Hospital Jesus para fora do país. O trabalho realizado por Oswaldo Campos e sua equipe tanto influenciava vários profissionais e organizações de outros países quanto por eles era influenciado, em uma espécie de intercâmbio de conhecimentos e experiências, no atendimento às vítimas da poliomielite.

Em sua apresentação durante a Conferência Internacional, Oswaldo Campos declarou que, entre os anos de 1939 e 1945, como médico do Hospital Jesus, em Vila Isabel (Rio de Janeiro), examinou pessoalmente 1.480 casos de paralisia infantil. Segundo ele, todos esses casos foram recebidos somente na

¹⁸ A primeira vacina contra a poliomielite foi descoberta em 1955, por Jonas Salk; era uma vacina injetável e utilizava vírus inativados (mortos). Albert Sabin ficou mundialmente conhecido como o principal responsável pela criação de uma nova vacina administrada por via oral e com vírus atenuados. A vacina Sabin é a mais utilizada em todo o mundo. Em 1963, Sabin veio pessoalmente ao Rio de Janeiro e visitou a ABBR.

¹⁹ Este depoimento é parte integrante do Seminário 40 anos de Vacina Sabin no Brasil, 12 de dezembro de 2001, Fiocruz. Anais do Seminário disponível em: <http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/local/File/SeminarioPolio40anos.pdf> . Acesso em 20/6/2008

unidade clínica em que ele atuava, o que demonstra a “alta incidência da doença”. (International Poliomyelitis Conference, 1948)

O atendimento no Hospital Jesus

Alguns médicos, por experiência pessoal, especializavam-se em determinadas áreas, como foi o caso de Oswaldo Pinheiro Campos na Ortopedia e a sua brilhante história no Tratamento das Crianças com Poliomielite. O médico acreditava que a internação dos casos agudos e o tratamento precoce, poderiam diminuir a alta taxa de mortalidade da doença e suas sequelas. Sendo assim, em fevereiro de 1953, atendendo aos reclamos de Oswaldo Campos, a Superior Administração de Saúde, instala no Hospital Jesus, o Setor de Isolamento da Poliomielite. (Hospital Municipal Jesus, 2007)

Com as epidemias de poliomielite nos anos de 1950, o Hospital Jesus passou a se equipar para atender ao crescente número de casos da doença, especialmente, pelo risco de vida, em situações de paralisia respiratória. O primeiro, de uma série de pulmões de aço, veio do Hospital Souza Aguiar (antigo Hospital de Pronto Socorro). Esse equipamento foi importado dos Estados Unidos para o tratamento do filho caçula do Presidente Getúlio Vargas, que morreu em virtude das complicações da poliomielite, aos 23 anos de idade, em 1943. (Meira, 1975; Lins et Fontes, 1997; Morel, 1999; Gomes et Ferreira, 2007)

O médico Oacyr Pinto, que trabalhou durante muitos anos no atendimento aos pacientes do Hospital Jesus, revela alguns detalhes sobre a epidemia de poliomielite no Rio de Janeiro, o perfil dos pacientes e a situação das crianças internadas. Nas palavras de Oacyr:

(...) quando eu cheguei ao Hospital Jesus, a mãe não ficava acompanhando. A visita era só duas vezes por semana, era quinta e domingo. As crianças, na hora da visita... que a mãe ia se despedir

era um horror, era um negócio triste, as crianças se agarravam no colo da mãe, choravam, gritavam... Era um negócio de cortar... (Pinto, depoimento oral, 2001)²⁰



Ilustração 4. Uma enfermaria do Centro de Tratamento de Pólio, no Hospital Jesus, algumas crianças fazendo uso dos pulmões de aço, sendo monitoradas por enfermeiras. Disponível em: <http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/pdf/Polio320.pdf> . Acesso em 13/04/2008.

Sobre o Hospital Jesus como referência do tratamento de pólio, Oacyr destaca em seu depoimento:

(...) começou a aumentar muito o número de crianças procurando o Hospital Jesus com Poliomielite e sequela de Pólio, não é? Começou aquela referência. Então tinha que se tratar essas crianças. E tinham formas graves. Então, o pulmão de aço, que já existia lá nos Estados Unidos, foi trazido aqui para o Brasil para tratar essas crianças. E, o Jesus acabou, nessa ocasião, se tornando o Centro de Referência de Poliomielite Aguda Infantil. Mais tarde, teve alguns outros hospitais que também tiveram como...como referência a Poliomielite, não é? O Servidor do Estado... Não me lembro mais outro, não. Mas aqui era o Jesus. Nós recebíamos doentes dessa parte toda do sul de Minas, Espírito Santo, às vezes, norte de São Paulo, toda a Baixada Fluminense, antigo Estado do Rio, naquela ocasião, Estado

²⁰ Depoimento oral integrante do Acervo de Depoimentos Oraís Memória da Poliomielite. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/Departamento de Pesquisa/Departamento de Arquivo e Documentação, 2001.

da Guanabara, Estado do Rio de Janeiro. Às vezes, vinha de Mato Grosso também. (Pinto, depoimento oral, 2001)

Ao ser questionado sobre a maior demanda da população, Oacyr esclarece que não era a pólio. As maiores demandas naquela época para as crianças eram desnutrição infantil e doenças infecciosas. Sobre o impacto que a pólio teve nos médicos, com relação ao tratamento dos afetados, o pediatra do Hospital Jesus resumiu o sentimento em apenas uma palavra: "impotência". (Pinto, depoimento oral, 2001). Para Odiléa Alves, fisioterapeuta formada pela primeira turma da ERRJ, a situação das crianças afetadas pela pólio era grave:

Era uma coisa... Era uma tragédia, o Hospital Jesus já não tinha mais lugar para receber as crianças (...) Mas era uma catástrofe, a paralisia infantil foi assim, algo que acabava com as famílias, morria também muita criança. E eu ia, eu cheguei a trabalhar com os pulmões de aço, que antigamente com os problemas respiratórios, aquela forma bulbar muito alta e que as criancinhas, coitadinhas, devido ao nível também delas, que eram crianças muito sem condições físicas, alimentares, crianças muito pobres (Odiléa Alves, depoimento oral, p.7)

Com relação à família dos doentes e à sociedade, segundo Oacyr, a pólio trazia o "desespero dos pais ...Porque a criança poderia morrer; poderia sair com uma sequela grave, definitiva. Então, era uma apreensão e desespero". Segundo ele, as mães, naquela época, se perguntavam: "Será que meu filho vai ter pólio?" (Pinto, depoimento oral, 2001). Segundo depoimento de Ana Teperino, mãe de uma criança atingida pela pólio:

Ela ficou 8 dias no pulmão de aço, mas a paralisia dela, graças a Deus, só afetou os membros inferiores, os superiores dela não. Depois que ela saiu do hospital aí ela veio para cá (ABBR). Fazia ginástica, tudo aqui, acompanhada de uma fisioterapeuta. (Ana Teperino, depoimento oral, p.2)

Falando sobre a incidência de poliomielite no Rio de Janeiro, Oacyr esclarece:

“O grupo de incidência maior era acima de um ano. À medida que a idade ia avançando ia diminuindo a incidência. Mas, de 1 a 4 anos, mais ou menos, era o maior grupo de incidência.” (Pinto, depoimento oral, 2001)

Para Oacyr, os pulmões de aço, embora salvassem muitas vidas possuíam também características negativas para os pacientes que ficavam presos à máquina. Segundo seu depoimento, o Hospital Jesus possuía dez pulmões de aço, chegando a ter doze em uma época de maior necessidade. Ao se referir sobre como ficavam as crianças internadas no Hospital, Oacyr declara:

Primeira coisa era o afastamento do lar. Entrar em um ambiente estranho, com gente estranha. E se necessitasse do pulmão de aço, aquilo era atemorizante. O barulho que fazia... e aquela máquina dia e noite. E, a criança presa, não é? (Pinto, depoimento oral, 2001)

Os pacientes operados pelo Serviço de Ortopedia do Hospital Jesus ficavam durante o período de recuperação da cirurgia na Seção de Convalescentes, localizado inicialmente na Avenida Atlântica, no bairro de Copacabana. Em 1954, a Seção de Convalescentes foi transferida para um novo endereço, na Rua Jardim Botânico, n. 660, tendo ao final desse ano, sido o terreno cedido para ser utilizado pela ABBR.

A Pólio e a imprensa carioca

Assim como ocorreu ao longo da década de 1950 em muitas cidades do mundo, a pólio ocupou lugar de destaque também na imprensa carioca. As matérias frequentemente veiculadas em jornais de grande circulação no Rio de

Janeiro ofereceram diferentes visões sobre a epidemia de pólio na Capital Federal, durante os anos de 1950. Desde a fase inicial de negação da epidemia por parte das autoridades até a sua aceitação e a busca de soluções, são produzidas matérias com diversas opiniões.

No auge da epidemia de pólio, durante o verão de 1953, o jornal *O Globo* publica uma matéria intitulada: "Pulmões de aço suficientes nos hospitais", cujo texto traz importantes referências sobre a situação da poliomielite, traçando um panorama sobre o perfil da doença e os locais de tratamento, com o objetivo de acalmar a população.

Aparelha-se a prefeitura para a eventualidade de uma epidemia de paralisia infantil.

Não existe ainda nenhum preventivo contra a paralisia infantil, sabe-se que é uma doença infecciosa e contagiosa, atacando de preferência o sistema nervoso por meio de vírus e micróbios filtráveis ainda não identificáveis. Apesar da grande disseminação nos Estados Unidos (...) o que mais preocupa os pesquisadores é a descoberta de uma vacina. (...) Muitos clínicos estão suspendendo a vacinação contra a varíola e difteria pois enfraquecem o sistema imunológico contra a paralisia. (Pulmões de aço suficientes nos hospitais, 9/3/1953, p.6)

Embora a causa da paralisia infantil, nem sequer seu meio de transmissão ainda estivessem definidos, a matéria, em tom otimista, cita os Estados Unidos como referência para o tratamento da doença.

A morte pela paralisia infantil é rara, mas é frequente a marca deixada no doente, por paralisias, atrofia etc. Os modernos tratamentos das paralisias e atrofia – massagens mecânicas e elétricas, exercícios físicos, ginástica, natação, operações – já estão dando resultados magníficos, permitindo grande recuperação das vítimas de paralisia infantil. (Pulmões de aço suficientes nos hospitais, 9/3/1953, p.6)

Ao longo da publicação é chamada a atenção para o problema da paralisia (mais frequente que a morte) e alguns dos "modernos tratamentos". A matéria continua, descrevendo os principais centros de atendimento para a fase aguda da poliomielite na cidade do Rio de Janeiro.

No Hospital Barata Ribeiro, faz-se, no momento, na opinião dos entendidos o que há de mais moderno no tratamento das sequelas da paralisia.

No Hospital Jesus, na fase aguda, os médicos vêm se dedicando ao problema com empenho. Secretário Geral da Saúde e Assistência da Prefeitura do Distrito Federal, Sr. Álvaro Dias, fez instalar no Hospital Jesus um pavilhão para isolamento, e segundo estamos informados, se considera prevenido contra qualquer surto que possa ocorrer nesta capital (...).

Segundo afirmam as autoridades, não há razão para alarma (...).

O Sr. Álvaro Dias não quis entrar em detalhes, disse apenas: não faça alarma, porque não há motivo para isso, estou com todo o meu Estado Maior sanitário em guarda permanente contra a paralisia infantil, diante de qualquer novidade sobre o assunto, as medidas tomadas serão rigorosas e a população será avisada do que se passa. "(Pulmões de aço suficientes nos hospitais, 9/3/1953, p.6)

A discussão a respeito da poliomielite na imprensa carioca estava apenas começando. Havia grande preocupação das autoridades sanitárias em negar a existência da epidemia. Em matérias controvertidas, autoridades do Estado, médicos e pesquisadores tinham grande dificuldade em chegar a um consenso sobre os riscos da pólio no Rio de Janeiro. Em nova matéria publicada no *O Globo* ainda no mês de março de 1953, um especialista consultado pelo jornal confirma o que as autoridades insistiam em negar:

O Surto de Paralisia Infantil nesta Capital

- Não se pode tapar o sol com uma peneira, realmente existe um surto de paralisia infantil entre nós – declarou-nos o pediatra Dr. Marcelo Garcia quando procurado pelo *O Globo* para se manifestar a respeito – no verão deste ano registrou-se uma percentagem de casos até então inigualável em nosso país, disse mais o especialista. Indagamos das causas deste aumento – como se sabe a poliomielite

é uma doença de verão, talvez o vigor do calor deste ano tenha dado causa ao alastramento do mal. As más condições sanitárias da cidade, com a falta d'água, sistemas de esgotos precários e a má coleta do lixo são naturalmente fatores que facilitam a propagação do surto. (O surto de paralisia infantil nesta Capital, 30/3/1953, p.5)

Ao ser questionado sobre a distribuição dos casos na cidade, o pediatra alertou a população sobre as dificuldades em se enfrentar um surto epidêmico da doença.

Pelas observações que temos realizado no Hospital Jesus da Prefeitura, o maior número de casos registrou-se na zona norte, particularmente no subúrbio da Leopoldina. As regiões da cidade de condições mais precárias foram as mais atingidas. A percentagem de casos na zona sul é bem menor. Isto em parte vem destruir a crença de que o mar e a praia sejam portadores do vírus da paralisia. Entretanto nada pode ser dito de definitivo, pois como se sabe este mal ainda não está sob o controle da ciência médica. Não sabemos ao certo qual o motivo, o meio de transmissão ou mesmo qual o melhor recurso de combate à paralisia. (...)

Adiantou-se mais o Dr. Marcelo Garcia que cerca de 85% dos casos se verificaram em crianças de até 3 anos de idade, isso não quer dizer que os adultos estão imunes, neste verão houve alguns adultos atacados do mal, um não resistiu." (O surto de paralisia infantil nesta Capital, 30/3/1953, p.5)

As incertezas sobre a etiologia e as formas de transmissão da doença só faziam piorar a situação e espalhar o medo na população. O maior número de casos coincidia com as áreas mais densamente povoadas. Finalizando a entrevista, ao ser questionado se o Rio de Janeiro estaria preparado para enfrentar a epidemia o médico afirma:

Fazemos o que é possível, a municipalidade, por intermédio dos seus serviços de saúde está com toda sua atenção voltada para o caso. (O surto de paralisia infantil nesta Capital, 30/3/1953, p.5)

No intervalo de apenas dois dias, no mesmo jornal (*O Globo*), as autoridades sanitárias já haviam reconhecido a existência do surto de poliomielite na cidade. Mas, de acordo com as autoridades, não havia motivo para alarme.

A saúde pública reconhece afinal a existência de um surto, mas acha que não é alarmante.

O Globo ouviu na manhã de hoje o Dr. Indalácio Iglesias, Diretor do Departamento de Higiene da Prefeitura do Distrito Federal, sobre o atual surto de Paralisia Infantil. (...)

- “Não é um surto alarmante” – Estamos diante de um surto de paralisia infantil, mas não se trata de um surto intenso, uma epidemia de caráter alarmante. A Paralisia Infantil no verão já é habitual entre nós, este ano, sem dúvida, seus casos foram mais numerosos, mas não há razão para o alarma, uma vez que em outubro de 1939 registraram-se mais casos que nos meses de janeiro, fevereiro e março deste ano reunidos (...) (Trinta Casos Agudos de Paralisia Infantil, 1/4/1953, p.2)

Nessa matéria, publicada em primeiro de abril, o representante da Prefeitura tentava convencer a população de que tudo estava sob controle. No entanto, no dia seguinte, o jornal *Correio da Manhã* divulgava o número parcial de mortes em decorrência da pólio, durante o primeiro trimestre do ano. Neste texto, o jornalista utilizou como fonte de informações o médico Oswaldo Pinheiro Campos.

Paralisia infantil

A doença de Heine-Medin está se apresentando neste momento, no Distrito Federal, em caráter epidêmico. Deve este fato ser reconhecido e proclamado muito embora dele não devam tirar conclusões alarmantes, pois é muito mais útil reconhecer e contar uma verdade, embora desagradável, do que encobrir com artifícios de lógica.

Vamos aos números. O Dr. Oswaldo Pinheiro de Campos, familiarizado com problema, fez declarações públicas afirmando que tínhamos uma epidemia, pois os casos ocorridos excederam as previsões com uma casuística razoável, e são muito maior do que no ano passado na mesma época. No primeiro trimestre do ano

passado houve apenas um óbito de 40 casos em todo o ano. Ora, em 1953, no decorrer de menos de três meses já houve doze óbitos de paralisia infantil e 130 casos. A situação é pois, muitíssimo diferente e pode-se dizer que há um surto epidêmico. Resta pois, diante do que está comprovado, que os médicos clínicos procurem auxiliar as autoridades sanitárias que se mostram justamente apreensivas para enfrentar o mal. Neste caso a colaboração de quantos exercem a profissão médica torna-se imperiosa. (Paralisia Infantil, 2/4/1953, p. 4).

A sequência de matérias publicadas em curto espaço de tempo, dentre provavelmente muitas outras, debate a negação do poder público em reconhecer a existência da epidemia, ao mesmo tempo em que ressalta a opinião de médicos especialistas na área, dentre eles Oswaldo Pinheiro Campos. Ao longo de 1953, foram notificadas, pelo menos, 35 mortes em decorrência da poliomielite.

Em 1954, em visita ao Hospital Jesus, o diretor da Fundação Nacional para a Paralisia Infantil (NFIP), dos Estados Unidos, Hart Van Riper, fez comparações entre o tratamento da poliomielite nos Estados Unidos e no Brasil. A matéria foi manchete de capa do jornal *Tribuna da Imprensa*:

O diretor da 'National Foundation of Infantile Paralysis', de Nova York, declarou nesta capital que ficou profundamente emocionado com a visita que realizara ao Hospital Jesus, no Rio de Janeiro - de cura da paralisia infantil.

Van Riper é figura destacada nos congressos de pediatria e puericultura que estão sendo realizados nesta capital. A fundação americana foi instituída por Roosevelt. (...)

Paralisia Aguda

- São também de impressionar, pela quantidade e a gravidade com que se apresentam no hospital, os casos de paralisia infantil em estado agudo.

- Entre estes são notados muitos pacientes que ficam aleijados tão somente por não receberem o necessário tratamento na fase inicial da doença !

Comparação

O senhor Hart E. Van Riper comparou o que viu, no Rio, com a situação dos Estados Unidos, há vinte anos atrás - 'Idêntica' - acha. - 'naquela época, nosso país não dispunha dos recursos técnicos, científicos e centros especializados atuais'.

- Agora, reabilitamos não só as vítimas da paralisia infantil como os doentes de toda e qualquer enfermidade deformante. (A poliomielite no Rio impressiona especialista americano, 4/8/1954, p.1).

A matéria ressalta o atraso brasileiro com relação ao atendimento às vítimas de poliomielite, declaração feita pelo diretor da NFIP. No dia seguinte, 5 de agosto de 1954, os principais jornais cariocas noticiavam a fundação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, com o objetivo principal de atender às crianças vítimas de poliomielite.

Nos anos seguintes, em 1956, 1957 e 1958, a poliomielite foi notícia em várias edições dos jornais cariocas. Na primeira página do *Correio da Manhã*, do dia 3 de abril de 1956 era publicada a manchete “A poliomielite, 210 mortos e 2412 doentes na Argentina” fazendo a cobertura da epidemia de poliomielite no país vizinho. Na edição do dia seguinte, o mesmo jornal veiculou matéria sobre a Conferência Internacional de Poliomielite, ressaltando a presença do médico brasileiro J. Guilherme Lacorte que, segundo a notícia, trabalhava no Instituto Oswaldo Cruz e era livre docente da Faculdade Nacional de Medicina. Lacorte participaria do evento como representante do Ministério da Saúde e a temática do evento incluía a “clínica da poliomielite, tratamento, epidemiologia e profilaxia; vacina Salk e outras vacinas”. (Vai representar o Brasil..., 1957)

Em Recife, planejava-se a criação de um centro de tratamento para poliomielite. A notícia foi publicada no *Correio da Manhã*, em julho de 1957:

Acha-se no Rio de Janeiro, desde ontem, o senhor Ladislau Porto, livre docente da universidade de Pernambuco que veio conferenciar com o presidente da república a respeito da instalação de um centro médico para tratamento de poliomielite no Recife.

O centro médico que vamos construir no Recife servirá todo o nordeste brasileiro, já que da Bahia até o Amazonas não existem

estabelecimentos dessa natureza, declarou o professor Ladislau. "Sua instalação, para a qual muito têm concorrido acolhidas do senador Ruy Carneiro, será o marco inicial de um grande ataque à paralisia infantil no Brasil. (Ataque em massa para paralisia infantil, 13/7/1957, p.3)

E na mesma matéria, ressalta a relação com os Estados Unidos da América do Norte como referência de qualidade para o tratamento da poliomielite:

Técnicos americanos - Tenho estado (continuou) em contato permanente com um centro de reabilitação de poliomielite dos EUA, por intermédio do professor Hans, diretor da universidade de Nova York que tem dado todas as orientações científicas à obra. O professor Hans é uma das maiores autoridades do mundo no tratamento da poliomielite a cujo estudo vem se dedicando há vários anos (Ataque em massa para paralisia infantil, 13/7/1957, p.3)

E concluindo o texto da reportagem, chama a atenção para o tratamento da poliomielite realizado por "intuição", mas sem o devido preparo técnico:

Será a primeira experiência neste sentido (tratamento do deficiente físico e educação psicológica do doente) a que realizaremos no centro médico do Recife. Já anteriormente, por intuição, a senhora Piedade Coutinho, transformou-se de uma simples nadadora em um dos maiores nomes da cura da poliomielite. É preciso se lembrar porém, que ela não se preocupou somente com a cura do corpo, tendo também atacado, repito, por intuição, o fator psicológico. As perturbações de ordem psicológica e as sociais são tão importantes como a simples cura do defeito físico.

Formação de técnicos nacionais

Informou ainda que a assembléia legislativa de Pernambuco votou uma verba anual de CR\$ 240.000,00 para que se pudesse contratar um técnico americano que orientará os trabalhos de tratamento e ao mesmo tempo formará um equipe de técnicos brasileiros; estes futuramente poderão ocupar-se da cura da poliomielite em todo Brasil. Não precisaremos assim importar técnicos estrangeiros daqui a um ano. (Ataque em massa para paralisia infantil, 13/7/1957, p.3)

A partir das diversas matérias publicadas, é possível perceber a influência dos Estados Unidos como exemplo no tratamento e formação de profissionais para trabalhar com a poliomielite. A idéia de trazer fisioterapeutas e outros profissionais de fora do país para formar brasileiros foi utilizada, principalmente, no Rio de Janeiro e em São Paulo com algumas diferenças.

Vacinas Salk e Sabin no Rio de Janeiro

Sobre a utilização da vacina Salk, a primeira vacina contra a pólio utilizada em larga escala no mundo, o *Correio da Manhã*, em julho de 1957, noticiava que o Ministério da Saúde havia recebido autorização do Presidente Juscelino Kubitschek para “adquirir 20.000 tubos de Vacina Salk com dispensa de concorrência pública”. E nessa edição noticiava a participação de Salk na Conferência Internacional de Poliomielite, em Genebra. Segundo o jornal, a conferência seria no dia 8 de julho de 1957 e o evento teria a participação de mais de 1.000 médicos, representando 50 países. (Vacina Salk, 4/7/1957, p.2)

A vacina Salk foi utilizada no Brasil a partir de 1955. Somente em 1961, o Ministério da Saúde adotou oficialmente a vacina Sabin para o combate à paralisia infantil. No Rio de Janeiro, a primeira vacinação em massa foi realizada de 28 de agosto a 2 de setembro, em Petrópolis (Campos; Nascimento; Maranhão, 2003, p. 573-600). A pólio foi a primeira doença a ser considerada em um plano de vacinação ativa em massa. A campanha foi realizada pela Secretaria Geral de Saúde e Assistência do Estado da Guanabara, com a participação do Departamento de Higiene e a colaboração do Ministério da Saúde²¹. (Scorzelli, 1966, p.161-162).

²¹ Na campanha de vacinação em massa da Sabin, em outubro de 1961, a vacina foi administrada em duas doses por via oral. Foram estimadas com base na população, cerca de 472.000 crianças de 4 meses a 6 anos como público alvo da campanha. Com a participação de “numerosos voluntários” funcionaram 250 postos de vacinação em todo o Estado, e realizadas 430.000 aplicações da vacina. Cerca de 382.000 crianças

Em matéria de capa do *Tribuna da Imprensa*, no início do verão de 1958, aparece uma foto de uma criança chorando, ao receber a aplicação injetável da vacina Salk, com a chamada ao lado: "Quem se vacina não tem pólio". Na página seis da mesma edição, no corpo da matéria, o jornalista oferece algumas informações sobre a epidemia e a procura da população pelas vacinas.

Com informações de que mais de 80% das vítimas de paralisia infantil no Rio de Janeiro são crianças de menos de seis anos, pede o Diretor do Departamento Municipal da Criança, sr. Raphael de Souza Paiva, que as mães levem ao postos de puericultura da prefeitura, com o fim de serem vacinadas preventivamente, menores de seis anos, já que os mais velhos podem ficar para mais tarde.

Disse ele: 'faço esse apelo porque a afluência às vacinas é tão grande que, com perigo que ainda corre de uma epidemia da doença, no Rio, temo que a vacina Salk em estoque acabe, antes que sejam vacinados todos os meninos que dela necessitam'.

Adiantamos que mais de 100.000 crianças já foram vacinadas até agora, com movimento diário de 1.500 aplicações, e que ainda há estocadas, no banco de sangue, muito e centenas de doses.

Mesmo assim já pedimos um reforço de vacina dos Estados Unidos, e dentro de mais dez dias teremos mais de 70.000 doses em depósito". (Quem se vacina não tem pólio, 13/01/1958, p.6)

Ao referir-se sobre o aumento do número de casos no final de 1957, o jornalista, ao entrevistar o Sr. Raphael de Souza Paiva, Diretor do Departamento Municipal da Criança, destaca:

Mostrando a elevação da incidência da pólio no Rio, disse-nos Souza Paiva que, enquanto em novembro foram registrados só no Hospital Jesus 35 casos positivos de paralisia infantil, sem nenhum óbito, em dezembro houve 67 casos, com 3 óbitos.

receberam a imunização completa com as duas doses e aproximadamente 112.000 receberam apenas a primeira dose. A vacinação completa atingiu cerca de 80,5% das crianças da faixa etária prevista. (Scorzelli, 1966, p.162-164).

Esclareceu que as vítimas, na grande maioria (85%) são crianças de menos de seis anos, procedentes dos subúrbios da zona norte, que não tinham sido vacinadas preventivamente porque os pais achavam que a vacina Salk não seria eficiente. (Quem se vacina não tem pólio, 13/01/1958, p.6)

A vacina Salk foi utilizada no Brasil, logo depois de autorizada nos Estados Unidos em 1955, por alguns pediatras em atendimento particular e também com apoio de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Essas vacinações foram realizadas com reduzida amplitude, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. A primeira vacinação em massa no Brasil, já com a utilização da vacina SABIN, ocorreu em julho de 1961, quando se inaugurava a "Campanha Nacional de Vacinação Oral contra a Poliomielite no Brasil" (Campos; Nascimento; Maranhão, 2003, p. 587)

A Pólio na Câmara dos Deputados

O perfil social das vítimas da poliomielite, a pressão da classe média e as dezenas de matérias publicadas na imprensa formaram uma opinião pública capaz de sensibilizar toda a sociedade, incluindo políticos, na busca de soluções para a prevenção e, principalmente, para o tratamento dos atingidos pelas epidemias de poliomielite. Na Câmara dos Deputados, durante os anos de 1950, alguns projetos de lei foram apresentados com o objetivo de criar hospitais ou liberar recursos para o combate à paralisia infantil em diferentes cidades brasileiras.

Em março de 1952, o Deputado Firman Neto, do Partido Social Democrático (PSD) do Paraná apresentou Projeto de Lei solicitando liberação de recursos da ordem de cinco milhões de cruzeiros para "atender às despesas com o combate à paralisia infantil no Estado do Paraná" (Brasil, 1952c). Em abril ainda de 1952, o Deputado Euzébio Rocha, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) de São Paulo, solicitou, por meio do Projeto de Lei 1865, a abertura de crédito no

valor de três milhões de cruzeiros destinados ao combate da epidemia de paralisia infantil pelas prefeituras de Araçatuba, Birigui e Bilac.

No dia 5 de maio de 1952, o Deputado Benjamin Farah, do Partido Social Progressista (PSP) do Distrito Federal, apresentou dois Projetos de Lei na Câmara dos Deputados, solicitando recursos para a poliomielite. O Projeto de número 1901 solicitava a abertura de crédito pelo Ministério da Educação e Saúde no valor de cinco milhões de cruzeiros para "o combate imediato, em todo o país, da paralisia espinal infantil" (Brasil, 1952a). Na justificativa do projeto, o deputado Farah alegou que a paralisia infantil, com seus surtos epidêmicos, era um grave problema de saúde pública, acrescentando:

Não é sem justa razão que as autoridades sanitárias estão preocupadíssimas com o alastramento da paralisia espinal infantil (doença de Heine-Medin), porquanto as consequências desta terrível enfermidade são impressionantes. A Câmara dos Deputados, bem assim, o Senado da República, saberão apreciar com a devida atenção, e em tempo oportuno, o projeto que ora submetemos ao exame dos Senhores Congressistas. O problema de combate à paralisia infantil não permite protelação. Urge ação pronta e imediata, senão os malefícios de qualquer retardamento serão enormes, e nós teremos responsabilidade no que acontecer em prejuízo dos nossos patrícios vítimas dessa grave moléstia. (Brasil, 1952a)

Em outro Projeto desse deputado (PL 1903/52), era solicitada a abertura de crédito no valor de cinquenta milhões de cruzeiros para a construção de um hospital especializado no atendimento às vítimas da paralisia infantil, na Capital Federal. De acordo com o deputado Farah, em sua justificativa apresentada junto ao Projeto, o Hospital deveria atender aos pacientes não só da Capital Federal, como também dos demais Estados do país. (Brasil, 1952b)

Temos confiança nos nossos pares. Esperamos que não neguem amparo ao Projeto que abre verba para a construção de um hospital, cuja alta finalidade é dar assistência ampla e total aos enfermos de paralisia infantil, pois essa moléstia tão conhecida pelas suas malélicas devastações nos Estados Unidos, Inglaterra, França, Suíça, Escócia, Rússia, Áustria, Austrália, ora, se aninha e se alastra entre nós. (Brasil, 1952b)

Apesar das relevantes justificativas, todos os quatro projetos apresentados foram arquivados no mesmo ano de sua apresentação. A tentativa de alguns deputados de fazerem com que o Estado assumisse os custos com o tratamento das vítimas de pólio foi frustrada. Guardadas as devidas proporções, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos, a iniciativa privada, as ações de filantropia e as doações da população é que deveriam garantir, em maior parte, a criação de hospitais e de serviços especializados para o tratamento da poliomielite no Rio de Janeiro e em muitas outras cidades.

Em julho de 1954, um novo Projeto de Lei, foi apresentado, de autoria da própria Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, propondo a concessão de auxílio financeiro no valor de seiscentos mil cruzeiros à delegação brasileira que iria participar do Congresso Internacional de Paralisia Infantil (Brasil, 1954). O Deputado Lino Braun, do PTB do Rio Grande do Sul também apresentou Projeto de Lei, em 1956, solicitando recursos do Ministério da Saúde da ordem de cinquenta milhões de cruzeiros, destinados "à prevenção e ao combate da poliomielite" (Brasil, 1956). Em 1957, o Deputado Georges Galvão, do PTB do Distrito Federal, apresentou Projeto de Lei, solicitando a abertura de crédito no valor de vinte milhões de cruzeiros que seriam destinados a "instalar o centro de recuperação de doentes atacados pela poliomielite". Este projeto também foi arquivado pela Câmara dos Deputados e seus recursos não foram aplicados. (Brasil, 1957)

Considerações finais

A poliomielite foi uma doença epidêmica em grande parte do mundo, afetando milhões de pessoas. Sua etiologia e modo de transmissão característica criaram espaço para uma série de reflexões do ponto de vista social, político e econômico em todo o mundo. O fato da pólio afetar tanto ricos quanto pobres,

diferente da maioria das doenças transmissíveis mais associadas à pobreza e falta de higiene, mobilizou a sociedade carioca. O medo da doença, da deficiência física, a mobilização da classe média e da imprensa na busca de soluções para a pólio foram um traço comum da doença, antes da descoberta da vacina, em vários países, inclusive no Brasil. No entanto, a forma com que cada sociedade reagiu diante do problema - a maior ou menor participação do Estado e a presença de iniciativas de caráter filantrópico - é capaz de revelar semelhanças e diferenças marcantes entre os países.

No Brasil, o atendimento dos casos agudos da doença, e posteriormente a vacinação em massa eram realizados, principalmente, pelo poder público, mesmo que de forma insuficiente, nas décadas de 1950 e 1960. Para o tratamento dos casos crônicos, das sequelas da pólio, no entanto, não havia ainda profissionais especializados tampouco instituições públicas equipadas. Os Estados Unidos foram utilizados como modelo no combate à pólio, especialistas norte-americanos visitaram o Brasil e matérias foram veiculadas na imprensa citando o "atraso" brasileiro com relação aos norte-americanos. Médicos brasileiros de renome internacional traziam para o país novas idéias e técnicas de tratamento, assim como contribuía com sua experiência em eventos e comissões internacionais. Os bons resultados alcançados no tratamento das sequelas da pólio por fisioterapeutas norte-americanos e o modelo de atuação filantrópica adotado pela NFIP influenciaram muitos médicos e empresários cariocas.

No próximo capítulo, será analisada a criação da ABBR como uma alternativa encontrada pela sociedade carioca para o tratamento das crianças com sequelas da pólio. São analisados o cenário político-social brasileiro do período, os objetivos da instituição, estratégias para arrecadação de recursos financeiros, assim como as personalidades envolvidas na criação desta entidade filantrópica na cidade do Rio de Janeiro.

Capítulo 4: Nos tempos da ABBR

O objetivo deste capítulo é descrever os primeiros anos da criação e do funcionamento da ABBR. A história institucional dessa entidade na década de 1950 está profundamente ligada às pessoas que compuseram a associação, às epidemias de poliomielite, mas também à vida social, política e econômica do Rio de Janeiro, então capital federal. Inicialmente será realizada uma breve narrativa dos principais fatos do cenário político a partir de 1954, com especial atenção ao período de governo de Juscelino Kubitschek. Em seguida, será objeto de análise a criação da ABBR e a relação de empresários, de políticos e do poder público com o desenvolvimento da entidade. O papel social da instituição e seu caráter filantrópico serão destacados no decorrer do texto. A filantropia, especificamente, será analisada a partir da legislação vigente à época. O objetivo, nesse aspecto, é analisar a mobilização social em torno da criação e funcionamento da ABBR, da criação do centro de reabilitação em 1957, assim como as estratégias utilizadas para arrecadação de recursos necessários ao crescimento da instituição.

Da fundação da ABBR, em 1954, passando pela criação de sua escola de reabilitação, até o reconhecimento dos cursos em 1965, o Brasil experimentou períodos de forte turbulência na vida política e social. O suicídio de Getúlio Vargas em agosto de 1954, as constantes ameaças de intervenção militar, a eleição de Juscelino, a transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília em 1961, a renúncia do presidente Jânio Quadros, a terceira Conferência Nacional de Saúde em 1963, as propostas de reforma de base do presidente João Goulart e o golpe civil-militar de 1964 são alguns dos acontecimentos marcantes nesse período.

Embora sua fundação tenha ocorrido no último mês do governo Vargas, a criação da Escola de Reabilitação e a inauguração do centro de reabilitação da ABBR ocorreram durante o governo do presidente JK, que inclusive esteve presente à cerimônia de inauguração do centro de reabilitação da entidade. A

ABBR recebeu visitas e apoios não somente de Juscelino, mas do então governador do Estado da Guanabara, Carlos Lacerda, dentre outros políticos, empresários e artistas de renome nacional. Embora não seja o objetivo deste trabalho descrever detalhadamente a história política brasileira nos anos de 1950, é importante considerar alguns aspectos da conjuntura do país neste período, de modo a situar histórica e socialmente a criação da ABBR em agosto de 1954.

Política e sociedade nos tempos da ABBR

Em 1953, com a inflação em alta e os salários em queda, explode em São Paulo um imenso movimento de greve com mais de 300 mil trabalhadores paralisados. Vargas coloca João Goulart como Ministro do Trabalho. A crise econômica com a diminuição dos preços internacionais do café e a queda nas exportações, aliada às fortes pressões da União Democrática Nacional (UDN), tornaram o governo Vargas bastante instável (Ferreira, 2003, p. 303-342).

Eram tempos de guerra fria, com os Estados Unidos em franca luta contra a "ameaça comunista". No Brasil, a denúncia sobre o pacto ABC (Argentina, Brasil e Chile) que ofereceria resistência à política norte-americana para a América do Sul provocou a demissão do Ministro das Relações Exteriores e a abertura, pela UDN, de um processo de *impeachment* contra o Presidente Vargas. O episódio conhecido como "atentado da Rua Toneleros" foi um forte golpe no final do governo Vargas. O atentado, atribuído a capangas de Gregório Fortunato, chefe de segurança de Vargas, feriu mortalmente o major Rubens Vaz, guarda-costas de Carlos Lacerda, líder da direita golpista da UDN (um dos mais duros opositores de Vargas) (Ferreira, 2003, p. 303-342). Era dia 5 de agosto de 1954, na madrugada ocorreu o atentado e, durante a noite do mesmo dia, na sede da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), no centro do Rio de Janeiro, realizava-se a solenidade de fundação da ABBR. A entidade nasceu em meio a uma das mais graves crises da história republicana.

As elites conservadoras, altas patentes das forças armadas e os próprios ministros militares de Vargas passaram a exigir sua renúncia; novas denúncias chegavam aos jornais todos os dias e a pressão aumentava. Vargas, que durante todo o processo permaneceu dizendo que nada sabia sobre o atentado, reconhecia, no entanto, estar metido “num mar de lama” (Gomes, 2007, p. 308).

As eleições presidenciais estavam marcadas para 3 de outubro do ano seguinte, Juscelino Kubitschek, médico, ex-prefeito de Belo Horizonte e governador de Minas Gerais, foi indicado pelo Diretório Nacional do Partido Social Democrático (PSD) para concorrer à Presidência da República. JK contava com o apoio do PSD e do PTB, com João Goulart (Jango), Ministro do Trabalho de Vargas, concorrendo à Vice-Presidência. Eram candidatos também o general Juarez Távora, das forças mais conservadoras da UDN, Adhemar de Barros, ex-governador de São Paulo, pelo Partido Social Progressista (PSP) e o quarto candidato, menos expressivo, o integralista Plínio Salgado, pelo Partido de Representação Popular (PRP). O Partido Comunista Brasileiro, de Luis Carlos Prestes e alguns partidos trabalhistas (PTN, PR, PST e Movimento Nacional Trabalhista) apoiavam a chapa JK-Jango. (Pinheiro Neto, 1995, p.99-100)

Juscelino estava preocupado com a sucessão presidencial; segundo ele, era preciso "segurar o Getúlio até o fim do seu mandato: nem menos um dia, nem mais um". Para JK, a continuidade do governo de Getúlio era fator importante não apenas para uma sucessão presidencial mais tranquila, como para a sobrevivência da democracia no país. (Pinheiro Neto, 1995, p.81-82) Mas para a UDN, Getúlio não poderia ficar nem mais um dia em seu mandato. Em 21 de agosto de 1954, o vice-presidente Café Filho, influenciado pela UDN, propôs a Getúlio que ambos renunciassem ao mandato e que o Congresso elegeisse um novo presidente interino para o que restava do mandato. Novas denúncias de corrupção na cúpula do governo chegavam à imprensa quase diariamente e Carlos Lacerda falava todas as noites em seu programa de rádio, tecendo fortes ataques ao governo getulista. Getúlio recusava-se a renunciar. (Skidmore, 1982, p.177-179)

No dia 24 de agosto de 1954, o Presidente Getúlio Vargas cometeu suicídio com uma bala no peito, em seus aposentos no Palácio do Catete. Ondas de violência popular, repressão policial e greves tomaram o país, a partir do Rio de Janeiro e em diversas capitais. Jornais de oposição a Vargas foram queimados nas ruas e tiveram suas sedes apedrejadas, assim como a embaixada americana no Rio de Janeiro foi alvo das multidões. Carlos Lacerda, que havia se refugiado na embaixada norte-americana, teve que fugir às pressas em um helicóptero militar que o levou até um navio de guerra ancorado na Baía da Guanabara. Em Porto Alegre, a sede da UDN foi invadida pela fúria popular e teve seu prédio depredado (Ferreira, 2003, p. 303-342).

(...) o prédio de O Globo foi cercado por uma multidão que tentou invadir suas dependências, mesmo diante do policiamento ostensivo. Após apedrejarem a fachada, cercaram dois caminhões de distribuição do jornal e os incendiaram. (...) Outras centenas de pessoas foram para a Tribuna da Imprensa, mas novamente a invasão foi impedida, agora pela Polícia Especial. Mesmo assim toda a edição do jornal foi queimada na rua em frente. Os jornais A Notícia e O Mundo também sofreram com as investidas da multidão. O único a escapar foi Última Hora, não casualmente. (Ferreira, 2003, p. 310-311).

Após o suicídio de Vargas, ocorreu uma série de substituições na linha de comando do governo. Café Filho, o vice-presidente de Vargas, assumiu a presidência, mas alguns meses depois, em 1955, por motivos de saúde, precisou afastar-se do governo. A presidência, de acordo com a linha sucessória, deveria ser assumida pelo presidente da câmara, e assim ocorreu com o Deputado Carlos Luz, que tornou-se Presidente, mas não por muito tempo.

O Ministro da Guerra do governo Café Filho, General Henrique Teixeira Lott era “tido como homem de centro e legalista”, em frontal discordância com outros generais do próprio exército, da Marinha e da Aeronáutica, interessados no rompimento da Constituição e no golpe militar. Carlos Lacerda, pela UDN, Carlos Luz, presidente em exercício e diversos Almirantes e Brigadeiros queriam impedir

as eleições presidenciais previstas para outubro de 1955. O General Lott, em articulação com o poder judiciário e as forças legalistas garantiu a realização das eleições que deram a vitória, nas urnas, ao candidato Juscelino Kubitschek (PSD) e a João Goulart (PTB). (ibid., p. 315)

Os conservadores, argumentando inclusive que Juscelino tinha o apoio de Luís Carlos Prestes, líder comunista, tentaram a todo custo impedir a posse do presidente eleito. Mais uma vez, o General Lott e as forças legalistas, através de um contra-golpe conhecido como “Novembrada”, afastaram o presidente em exercício Carlos Luz, denunciando que ele conspirava para dar um golpe militar e impedir a posse do novo presidente eleito. Assume a Presidência, em caráter temporário e apoiado pelas forças legalistas, o vice-presidente do Senado, Nereu Ramos. Em 31 de janeiro de 1956, tomou posse o Presidente Juscelino Kubitschek, com o país em estado de sítio e o exército em prontidão.

JK, saúde pública e desenvolvimentismo

O candidato não está prometendo milagres, mas o milagre é possível. Prometo apenas isto, e é o bastante - mandar aplicar injeções em milhares de brasileiros doentes. A solução, para os que gostam de coisas complicadas e abstrações difíceis, poderá parecer simplista; mas com ela curaremos o país e teremos homens sadios e capazes de empreender a tarefa de desenvolver o Brasil. (Programa de Saúde Pública..., 1955, p.5)

O slogan da campanha presidencial de JK era fazer o Brasil avançar “50 anos em 5”. Para isso, era necessário desenvolver infraestrutura, estradas, portos, indústrias de base. Na saúde pública, as prioridades eram combater as doenças que marcavam o país subdesenvolvido, a malária, a tuberculose, a lepra, o tracoma, as doenças gastrointestinais (verminoses, diarreias, desnutrição etc) ligadas diretamente à mortalidade infantil, esquistossomose, o bócio, a doença de Chagas e a boubá. (Programa de Saúde Pública..., 1955)

Para JK, era preciso combater as doenças de massa que, segundo ele, impediam o desenvolvimento do país:

Quais as doenças que mais afligem o Brasil, trazendo-lhe maiores sacrifícios e roubando-lhe vidas que seriam úteis para a formação de sua riqueza? (Programa de Saúde Pública..., 1955, p.4)

A associação entre doenças transmissíveis e subdesenvolvimento estava presente no programa de saúde pública do então candidato à presidência, Juscelino Kubitschek. Segundo ele, o progresso da medicina permitia reunir as doenças em três grandes grupos: doenças pestilenciais, doenças de massa e doenças degenerativas. As doenças pestilenciais, como a febre amarela e a peste bubônica, dentre outras, já teriam sido superadas graças ao trabalho de Oswaldo Cruz, restando, então, a necessidade de resolver o problema das doenças degenerativas e, principalmente, as doenças de massa.

Sem de modo algum desprezar ou diminuir os esforços já realizados contra as doenças degenerativas, como o câncer e os males cardíovasculars, a verdade é que nós, brasileiros, somos grandes vítimas principalmente das doenças de massa, que vão inutilizando ou matando um indivíduo e na realidade fazendo sofrer, inutilizando, ou matando, enormes multidões de brasileiros. (Programa de Saúde Pública..., 1955, p.4)

O programa de JK transparecia sua crença no progresso da medicina e nas descobertas da ciência, citando como exemplos dessa "revolução" a descoberta das sulfas, os antibióticos e os inseticidas residuais. Graças a esses recursos técnicos, tornava-se possível o tratamento em massa de grandes populações. Surgia nos países subdesenvolvidos, segundo JK, o doente-povo, ao invés do doente-indivíduo, era preciso dar prioridade à prevenção e ao tratamento das doenças de massa que impediam o desenvolvimento do país.

A ciência e a técnica modernas deram aos homens, sobretudo aos governos, novos, eficazes, poderosos e, algumas vezes, imediatos recursos profiláticos e terapêuticos, facilmente aplicáveis, para o combate às doenças de massa. (ibid., p.5)

As propostas de JK para a saúde pública, repletas de otimismo, definiam diversas prioridades que incluíam a proteção à maternidade e à infância, à proteção à velhice, o estímulo à saúde e ao esporte, o tratamento do câncer e das doenças mentais, a saúde do trabalhador e a defesa da criança, a formação de profissionais de saúde em larga escala, além do combate a algumas doenças citadas anteriormente. A falta de médicos, enfermeiras e dentistas, dentre outros profissionais, foram ressaltadas por JK. Segundo ele, existiam cerca de 10 milhões de brasileiros, residentes em pelo menos 700 municípios do interior, que jamais haviam recebido assistência médica.

É preciso curar o cidadão que se curva sôbre a terra todos os dias, procurando arrancar dela a riqueza de que se beneficia todo o país. E é preciso curá-lo, desde a infância, porque não há cidadãos capazes de produzirem úteis valores econômicos surgidos de crianças enfermiças. Crianças desnutridas geram instrumentos débeis, homens de pouca produção, e será um êrro a mais exigir o máximo de quem, desde a infância, recebe o mínimo. (ibid., p.46)

A saúde no campo, assim como a saúde do trabalhador urbano, foram definidas como prioridades em virtude da necessidade de garantir a força de trabalho para um país que necessitava gerar mais riquezas e desenvolvimento. As prioridades de saúde foram traduzidas em dezoito metas para a saúde pública, que seriam, segundo JK, "fáceis de serem alcançadas em cinco anos de trabalho" (ibid., p.53).

O Programa de Saúde de JK seria uma tentativa de planejar os serviços de saúde baseada no mapeamento dos principais problemas sanitários que atingiam os brasileiros. As dezoito metas

para a saúde pública eram em grande parte representadas pelas endemias que atingiam a população rural. (Silva, 2008, p.79)

Embora a maior parte das metas planejadas tenha tido relação com as endemias rurais, o combate à poliomielite também foi citado no programa de saúde pública. A décima sexta meta procurava exatamente garantir a destinação de recursos e preparos técnicos para a produção da vacina Salk, a fim de "combater com os meios apropriados, a paralisia infantil". (Programa de Saúde Pública..., 1955, p.55).

A III Conferência Nacional de Saúde

A 3ª Conferência revestiu-se de especial significado na medida em que propôs reforma profunda na estrutura sanitária do país e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo a custos suportáveis pela Nação. Sob esse aspecto, ela se constituiu num marco importante da história do pensamento dos sanitaristas brasileiros. (Brasil, 1992, p.3)

A frase de Wilson Fadul, Ministro da Saúde do governo de João Goulart, descreve um pouco da importância da III Conferência Nacional de Saúde no contexto da saúde pública brasileira. A conferência, convocada por Jango e realizada em dezembro de 1963, no Rio de Janeiro, traçou um importante panorama da situação da saúde no país na década de 1950, permitindo assim realizar algumas análises sobre o alcance do programa de metas de JK para a saúde pública. Do ponto de vista da história da saúde pública brasileira, a terceira Conferência é também um marco fundamental na construção do sistema público de saúde brasileiro, sendo então lançadas aí as bases da municipalização, de um sistema único e descentralizado.

Pela primeira vez discutiu-se, no país, um modelo tecno-assistencial baseado na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seria constituído a partir de serviços básicos de saúde permanentes, elaborados de acordo com um planejamento governamental. Pela primeira vez, também, levantou-se a questão da organização dos serviços médicos privados. (Merhy e Queiroz, 1993, p.179)

Desde a convocação da Conferência, realizada em julho de 1963, foram definidos os grandes temas que deveriam ser discutidos: situação sanitária da população brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e fixação de um plano nacional de saúde. (Brasil, 1963, p.1)

O plano de desenvolvimento nacional de JK foi criticado e responsabilizado pelo aumento da pobreza da população. As metas para a saúde de JK, pela ótica da III CNS, não foram bem sucedidas. Os problemas básicos de saúde, principalmente os relacionados às endemias rurais, apresentados por Juscelino em 1955, permaneciam presentes no país. Os trabalhadores do interior continuavam a sofrer com a ausência dos serviços primários de saúde. Na análise feita pelos participantes da conferência, esses trabalhadores continuavam incapazes e abandonados pelo Estado. (Silva, 2008, p.144)

A análise final dos participantes da Conferência sobre a situação sanitária da população ressaltou a persistência de muitos problemas. Continuava a predominância das chamadas "doenças de massa", persistiam as doenças transmissíveis, inclusive aquelas controláveis por vacinas já disponíveis, assim como permaneciam focos residuais de pestilências, dentre elas, a varíola, a peste e a febre amarela silvestre. Do ponto de vista dos indicadores de saúde, a vida média do brasileiro era curta (cerca de 50 anos) e a mortalidade geral, infantil e por doenças transmissíveis, era elevada. Do ponto de vista social, o saneamento básico beneficiava apenas pequena parcela da coletividade, havia a persistência de problemas alimentares e habitacionais e ainda persistia, também, a carência de serviços de assistência médico-sanitária, especialmente no meio rural.

As deliberações da Conferência foram principalmente no sentido da criação de um sistema único de saúde para todo o país, sendo detalhadas as atribuições iniciais da União, estados e municípios, a criação de unidades específicas para planejamento juntos aos órgãos de saúde das três instâncias, a sugestão de leis municipais que criariam os serviços municipais de saúde e os fundos municipais com aplicação de 10% da receita global do município nas despesas de saúde, entre outras inovações. Embora essas e outras deliberações da Conferência não tenham sido implementadas em virtude do golpe civil-militar de 1964, foram lançadas em 1963, as bases do Sistema Único de Saúde no país, projeto retomado em 1986, durante a oitava Conferência Nacional de Saúde.

Filantropia e a fundação da ABBR

Um grupo de médicos, industriais, banqueiros, comerciantes, militares e senhoras da sociedade está empenhado em promover a recuperação das vítimas da paralisia infantil ou de acidentes que, por falta de um centro especializado, estão condenados a esforços puramente individuais e isolados que nem sempre conduz a bom resultado. (Primeiro Centro de Reabilitação...,1956, pág. 11)

Assim, o jornal *O Globo* descreveu, em abril de 1956, a criação do centro de reabilitação da ABBR. A matéria intitulada “O Primeiro Centro de Reabilitação das Vítimas de Paralisia Infantil” descrevia as instalações provisórias do centro de reabilitação da ABBR em uma casa no bairro da Tijuca, no Rio de Janeiro. Os nomes dos integrantes da primeira diretoria estavam também sendo divulgados.

O Presidente é o senhor Percy Charles Murray, diretor presidente do "The National Citibank" e o conselho deliberativo ficou constituído dos senhores Nilo Colonna dos Santos, Sidney Robert Murray, Mario Marchese e Major Antonio João Dutra. São vice-presidentes os

senhores Fernando Lehly de Lemos, Oswaldo Benjamin de Azevedo, Ângelo de Moraes Cerne, Jorge Faria, Jose Gonçalvez Portella, Candido Guinle de P. Machado, Bert Grand Masson Salgado e Herbert Moses. O Conselho Técnico é presidido pelo Dr. Oswaldo Pinheiro Campos, o Conselho Fiscal pelo Marechal Eurico Gaspar Dutra e o conselho consultivo pelo sr. Ormeu Junqueira Botelho. (Primeiro Centro de Reabilitação...,1956, pág. 11)

As matérias veiculadas na imprensa davam destaque ao envolvimento de grandes empresários, médicos, jornalistas e políticos com a causa da filantropia. Em agosto de 1956, em nova matéria, o jornal referia-se à fundação da ABBR como um “humanitário movimento de assistência às vítimas de paralisia infantil”, que fazia parte da “campanha de socorro às vítimas de poliomielite”. Segundo a matéria, a ABBR teria sido idealizada “pelos vários setores da sociedade carioca”, dela fazendo parte, inclusive, “vítimas da poliomielite ou parentes destas”. A matéria ressaltava, ainda, a dificuldade do tratamento e seu elevado custo como fatores determinantes para a criação da ABBR. (Associação Brasileira...,1954, p. 7)

A seguir, serão analisadas a criação e o funcionamento da ABBR na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, serão discutidos os motivos que levaram à criação da entidade, sua história institucional, as pessoas e os grupos envolvidos, além dos objetivos da instituição. Será objeto de discussão, também, o papel da filantropia e da mobilização social em torno da ABBR para a arrecadação de recursos financeiros, assim como sua relação com o poder público. Como fontes de pesquisa, foram utilizados jornais de grande circulação nos anos de 1950, a ata de fundação da ABBR registrada em cartório, livros e atas sob guarda da própria instituição e entrevistas com pessoas ligadas à instituição.

A criação da ABBR

Já por diversas vezes em nosso meio, sem maior repercussão, o professor Achilles Araújo, apelou para os poderes públicos no

sentido de equipar a nossa Capital, pelo menos de bem aparelhado e moderno centro de recuperação de paralíticos, com piscina e outros recursos, correspondentes às necessidades do país. (Rocha et al, 1956)

Como visto no capítulo anterior, foram diversas as tentativas de criação de centros especializados no país para tratamento das sequelas da poliomielite no Rio de Janeiro, todas sem sucesso. A queixa do professor Achilles era comum entre médicos e familiares de vítimas da pólio. Os altos custos de tratamento no exterior, a falta de profissionais qualificados e de centros especializados no país mobilizaram a sociedade carioca na busca de soluções para o tratamento das crianças com as sequelas da doença. Havia a demanda por tratamento e existiam as pessoas interessadas e com condições de realizar, na capital federal e com o apoio do poder público, a criação de uma entidade que atendesse a essa demanda.

No dia 05 de agosto de 1954, foi fundada no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). Dois dias antes, o jornal Tribuna da Imprensa veiculava matéria sobre a criação da ABBR, sob o título de "Campanha contra a paralisia infantil".

A "comissão organizadora" da Associação Brasileira Beneficente da Reabilitação "ABBR" realizou hoje, na ABI, a sua reunião preparatória. A assembléia de fundação será no dia 5, depois de amanhã, às 21 horas, também na ABI.

A organização se destina a recuperação e reeducação das crianças atingidas pela paralisia infantil e enfermidades congêneres. Funcionará sob orientação clínica especializada, com aparelhagem adequada, cursos escolares e profissionais para a completa reabilitação. (Campanha..., 1954, p.8)

A criação da entidade era divulgada em meio a outras notícias sobre novos casos de poliomielite no Rio de Janeiro. A fundação da ABBR seria, segundo as

matérias veiculadas, uma resposta da sociedade carioca à epidemia de poliomielite. E sobre os objetivos da nova entidade, o jornal acrescenta:

1. Promover a luta contra a paralisia infantil e reeducar o indivíduo atingido por defeitos congênitos, doenças ou acidentes que prejudiquem sua capacidade física;
2. Criar, desenvolver, praticar e incentivar a recuperação físico-moral do indivíduo;
3. Criar e manter escolas de diferentes graus e tipos;
4. Promover a realização de conferências, investigações e pesquisas de natureza técnico científica;
5. Promover o intercâmbio intelectual e científico com instituições congêneres;
6. Manter publicações científicas e de interesse social;
7. Prestar assistência moral e técnica a pessoas que tenham parentes momentânea ou definitivamente afetados;
8. Promover a criação e manutenção de um hospital especializado para o tratamento da paralisia infantil. (Campanha..., 1954, p.8)

A luta contra a paralisia infantil e o tratamento de suas vítimas eram as grandes prioridades da associação. Para concluir a matéria, o jornal divulga os nomes dos integrantes da comissão de fundação da ABBR; desses nomes, nem todos ocupariam a diretoria e demais conselhos da entidade.

A comissão: A. Mário Cerne, AD. Santos Dias, Alfredo Baeta Neves, Argemiro Machado, Ari Oliveira de Menezes, Carlos Cruz, Coronel Alcyr Coleho, Celso Rocha Miranda, Charles Murray, Clito Pinto de Moraes, Elvira Braga Carneiro, Eunice Pourchet, F. Magalhães Castro, Fábio G. Bastos, Fernando I. de Lemos, Francisco A. Cunha, Aroldo M. Junqueira, Herbert Moses, J. Costa e Silva, Jorge Faria, José B. Sardinha, José C. D. Montenegro, Maria Almeida, José Maria de Lemos, José Portella, Juscelino Barbosa, Major Marcos Magalhães, Manoel Cruz, Mário Gelli, Mário Marchese, Mário de Oliveira, Mário Paranhos, Maurílio A. de Oliveira, Maurino N. de Oliveira, Nilo Collona, Norberto Rocha, Orneu Junqueira Botelho, Oswaldo Pinheiro Campos, Pedro Paes de Carvalho, Percy Murray,

Ricardo Costa, Roque Garcia Costa, Sidney Murray e Walter de Oliveira Horta. (Campanha..., 1954, p.8)

No mesmo dia da solenidade de inauguração da ABBR, ocorreu o atentado ao deputado Carlos Lacerda. A manchete de capa do jornal Correio da Manhã informava: “Carlos Lacerda baleado na madrugada de hoje”. Na mesma edição, o jornal trazia uma pequena nota sobre a solenidade de fundação da ABBR.

Realiza-se hoje, às 21 horas, no auditório da associação brasileira de imprensa, a solenidade de fundação da associação brasileira beneficente de reabilitação, organização destinada à recuperação e reeducação das crianças de todo Brasil, atingidas pela paralisia infantil e outras enfermidades congêneres. (Solenidades, 1954, p. 10)

A assembléia geral de fundação da entidade foi realizada no auditório da Associação Brasileira de Imprensa, no centro do Rio de Janeiro, e lá compareceram cerca de 180 pessoas que assinaram a lista de presença. Fizeram parte da mesa de fundação da ABBR as seguintes autoridades: Paulo César Moutinho (representando a Sra. Darcy Vargas, presidente da Legião Brasileira de Assistência - LBA), Hart E. Van Riper (Diretor da The National Foundation for Infantile Paralysis), Cândida Villas Boas Cordeiro (Serviço de Intercâmbio e Civismo da Prefeitura do Distrito Federal), Oswaldo Pinheiro Campos (chefe de Cirurgia do Hospital Jesus, Membro Honorário da Academia Americana de Ortopedia, Membro da Associação Britânica de Ortopedia e Membro permanente do Congresso Internacional de Poliomielite), Jorge Faria (médico ortopedista da Assistência Municipal e do Hospital de Pronto Socorro do Rio de Janeiro), Eunice Pourchet (professora do Instituto de Educação e organizadora de cursos de terapia ocupacional), Alberto Coutinho (médico clínico), Fernando Lehly de Lemos (Diretor da Companhia Editora e Comercial F.Lemos), Nilo Colonna dos Santos (engenheiro e Diretor Presidente da construtora Calvalcanti Junqueira S/A), Ormeo Junqueira Botelho (engenheiro e Presidente da Companhia de Força e Luz Cataguazes-Leopoldina) e o jornalista Floresta de Miranda. (Ata da Assembléia Geral..., p. 2, 1956)

Na ata da Assembléia Geral de constituição da ABBR, Fernando Lemos era referido como “o grande idealizador e incansável batalhador na fundação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação”. Nos registros na ata de fundação da Associação consta que Fernando Lemos, em seu pronunciamento durante a assembléia expôs “como lhe veio a idéia de fundar a Associação, diante das dificuldades com que lutou no tratamento de seu único filho, vítima da paralisia infantil”. Oswaldo Pinheiro Campos, por sua vez, ressaltou a grave situação da poliomielite no Rio de Janeiro. Eunice Pourchet, que dirigia cursos de “especialidade dos professores de classes de crianças deficientes” e foi, segundo consta em ata, a organizadora do primeiro curso de terapêutica ocupacional no Brasil, discorreu sobre a formação técnica em reabilitação. O diretor da NFIP, o norte-americano Hart Van Riper, falou de sua alegria em participar da fundação da ABBR. O médico Jorge Faria falou sobre os planos de desenvolvimento da associação e sua relevância para o país. Em seu pronunciamento, o médico Alberto Coutinho, que acompanhou a doença do filho de Fernando Lemos, lembrou das dificuldades que os pais se defrontam no Brasil na recuperação dos filhos atacados pela paralisia infantil. (Ata da Assembléia Geral..., p. 2-3, 1956)

O jornalista Floresta de Miranda relatou sobre o drama que viveu quando seu filho foi vítima de poliomielite. O engenheiro Ormeo Junqueira também falou do caso de sua filha que foi trazida de Minas Gerais para ser internada com paralisia infantil no Rio de Janeiro “tendo lutado com grandes dificuldades por não existir nenhum estabelecimento especializado onde pudesse fazer a internação”. Durante a solenidade de fundação da ABBR, antes de se passar à leitura e à aprovação do primeiro estatuto da entidade, fez-se uma homenagem “ao heroísmo das incansáveis mães brasileiras, cujos filhos tenham sido vítimas da paralisia infantil”. (Ata da Assembléia Geral..., p. 3, 1956)

A presença de autoridades internacionais, como o diretor da NFIP, assim como de representantes da Prefeitura do Distrito Federal e da LBA, deu à solenidade o respaldo tanto do poder público, quanto de grandes entidades filantrópicas. Essa foi, aliás, uma das marcas da ABBR, nascida como ação filantrópica, mas contando com o apoio do Estado. Outro aspecto que chama a

atenção nas falas registradas em ata é a ligação pessoal e familiar de grande parte dos presentes com a poliomielite e a deficiência física.

Foi aí que jurei que tudo o que tinha feito para meu filho, faria para o filho de todos. Eu tinha idéia, era um homem ativo, dispunha de tempo, então eu tinha que aproveitar para fazer algo pelos outros. Foi quando eu procurei o Oswaldo Pinheiro e propus fundarmos um centro de reabilitação. (Fernando Lemos, depoimento oral, p.3)²²

No carnaval de 1952, o filho do arquiteto Fernando Lemos, José Maria, contraiu pólio aos 15 anos de idade. Apresentado ao médico Oswaldo Pinheiro, Fernando Lemos construiu em sua própria casa um pequeno centro de reabilitação improvisado com barras paralelas e uma banheira feita com chapas de ferro. De acordo com Lemos, a idéia de criar um centro de reabilitação para as vítimas de paralisia infantil encontrou resistência de muitos médicos, achavam que era "perda de tempo". Para a criação da entidade, Fernando buscou auxílio do médico Oswaldo Pinheiro Campos e do empresário Percy Murray. Durante dois anos, a ABBR funcionou no escritório do arquiteto, depois em uma casa na Tijuca e finalmente na rua Jardim Botânico, seu endereço definitivo. (Fernando Lemos, depoimento oral, p.4-5)

Não tínhamos para onde ir, e enquanto não tivéssemos funcionários, técnicos em fisioterapia e terapia ocupacional formados em nível universitário, os médicos não permitiam que nós trabalhássemos. Eles não queriam entregar o trabalho a massagistas. (Ibid, p.5)

²² Depoimento oral de Fernando Lemos integrante da dissertação de Léa Sorares. SOARES, Lea Beatriz Teixeira. Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho. Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980. Dissertação de mestrado, UFSCAR, 1987.

Uma das primeiras preocupações da ABBR foi formar profissionais capazes de tratar da reabilitação das crianças e jovens vítimas da paralisia infantil. O primeiro presidente da ABBR, Percy Charles Murray era portador de deficiência e participava de todas as atividades sociais em uma cadeira de rodas reclinada, especialmente adaptada. A questão da poliomielite tinha significado do ponto de vista epidemiológico, social, econômico e político, mas, sem dúvida, havia um fator de envolvimento pessoal e familiar com força suficiente para reunir mais de uma centena de pessoas da sociedade carioca em torno da criação da ABBR.

Dentre os objetivos da associação, vale ressaltar, em primeiro lugar, a importância da “luta contra a paralisia infantil”. O combate, especificamente a essa doença, é complementado pela necessidade reeducar, reabilitar, ou mesmo realizar a “recuperação físico-moral” de pessoas afetadas também por outras doenças, inclusive por acidentes. O objetivo deveria ser reabilitar as pessoas portadoras de algum tipo de deficiência para “reintegrá-lo na vida e na sociedade”, para o “reaproveitamento do indivíduo”. Ainda como objetivos da entidade estavam a criação de uma escola formadora e de um hospital. (Ata da Assembléia Geral..., p. 4, 1956)

Empresários e reabilitação

Além do idealismo do arquiteto Fernando Lemos, dos conhecimentos técnicos, interesse profissional e experiência internacional do grupo de médicos reunidos por Oswaldo Pinheiro Campos, havia ainda mais um grupo de extrema importância para que a ABBR e a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro se tornassem realidade: os empresários. Liderados por Percy Charles Murray, faziam parte da diretoria da entidade ou nela colaboravam (como membros do conselho Fiscal) grandes empresários, principalmente do setor de seguros, como o próprio

Percy, Celso Rocha Miranda, Carlos Luz (que ocupou interinamente a Presidência da República em 1955) e Ângelo Mário Cerne, assim como empresários de outros segmentos como Mario Simonsen (dono da TV Excelsior, do Banco Noroeste e outras empresas), Candido Guinle de Paula Machado (empresário do setor editorial, dono do Banco Boavista e de outras empresas) e Herbert Moses (diretor tesoureiro do jornal *O Globo* e Presidente da ABI).

Muitos empresários que participaram da comissão de fundação da ABBR ou mesmo tomaram parte diretamente da administração da entidade, tinham bons contatos políticos e, em sua maioria, atuavam no setor de seguros. Ângelo Mario Cerne, por exemplo, cursou a turma de 1957 da Escola Superior de Guerra, envolvido com o Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, fazia parte da Companhia Internacional de Seguros, foi presidente da Federação Nacional de Seguros (FENASEG) e fundador da Agência Internacional de Direito de Seguro – seção Brasil, no ano de 1960. Nos primeiros 15 anos de publicação da Revista do IRB, Mario Cerne publicou um total de 14 artigos (IRB, 2005). Alfredo Baeta Neves, cujo nome também figura na comissão de fundação da ABBR, foi presidente da Associação Comercial e Empresarial de Petrópolis – ACEP, de julho de 1951 a setembro de 1952 e, em 1958, recebeu o título de cidadão petropolitano. Argemiro Machado, empresário mineiro que também participou da fundação da associação, era amigo pessoal de Vargas. Segundo Tomaim (2006, p.11) “Getúlio gostava de jogar golfe no sítio de seu amigo Argemiro Machado na estrada de Itaipava para Teresópolis”.

Celso da Rocha Miranda, integrante do conselho fiscal da ABBR, foi um dos mais bem sucedidos empresários de seu tempo, atuava no ramo de seguros desde 1935, amigo próximo do Presidente Juscelino e um dos três brasileiros a receber o título de “*Sir*” das mãos da Rainha da Inglaterra. Aos 43 anos de idade, Rocha Miranda comprou da Pan Americam World Airways o controle da Pan Air do Brasil. Ficou conhecido pela célebre frase nacionalista: “Nós podemos fazer coisas melhores com nossas próprias mãos”. Mário Wallace Simonsen era seu amigo e um dos maiores acionistas da Pan Air, empresário paulistano, dono da TV Excelsior, a maior emissora de televisão do país, da maior empresa

exportadora de café do Brasil (Comal), da Companhia Melhoramentos, do Banco Noroeste, um dos maiores do país naquela época, entre tantos outros.²³

Em entrevista concedida ao Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil - CPDOC, da Fundação Getúlio Vargas, Plácido da Rocha Miranda, irmão de Celso da Rocha Miranda, ressalta aspectos relevantes de muitos personagens envolvidos com o emergente setor de seguros no Brasil, empresários internacionais e políticos como Juscelino Kubitschek, todos ligados, direta ou indiretamente à ABBR. Celso da Rocha Miranda tinha forte ligação com o Presidente Juscelino, tendo se mudado para São Paulo com o intuito de angariar apoio dos empresários paulistas à campanha eleitoral de Juscelino à Presidência. Segundo Plácido (Plácido da Rocha Miranda, depoimento oral, p.20) “Celso conseguiu convencer o meio empresarial de São Paulo a apoiar Juscelino, o que, de fato, foi feito.”²⁴

A estratégia utilizada por Celso para conseguir a entrada de Juscelino em São Paulo foi vitoriosa graças à ajuda da família Murray e Simonsen:

Através dos Murray, dos Simonsen – os Murray eram casados com os Simonsen –, do Roberto Simonsen, que era uma pessoa importante na época, foi quem fez o Sesc, o Senai etc., o Celso teve contato com a indústria paulista, então, levou Juscelino para fazer conferências. O Hotel Othon estava recém-inaugurado, era o melhor hotel, então Celso se hospedou no Othon e fez uma espécie de escritório de aproximação do Juscelino com São Paulo. (Plácido da Rocha Miranda, depoimento oral, p.13)

²³ A "Ordem de Cavaleiro do Império Britânico" foi concedida pela Rainha da Inglaterra somente a três brasileiros: o empresário Celso Rocha Miranda, o jogador Pelé e o empresário Nascimento Brito, fundador do Jornal do Brasil.

²⁴ Plácido da Rocha Miranda. CPDOC-FGV, A Atividade de Seguros no Brasil – entrevista a Plácido da Rocha Miranda, 1998.

Celso Rocha Miranda fundou a Ajax, uma das maiores empresas de seguro do país, que tinha como sócio, Percy Charles Murray. As relações políticas e de negócios foram de alguma forma aproveitadas também na ABBR, onde Celso era membro do Conselho Fiscal e Percy era presidente da entidade.

Percy Charles Murray, filho de Charles Murray, um importante empresário: era agente dos carros Dodge, que era uma coisa importante, na época, tinha uma companhia chamada Propac e era exportador de café - Companhia Nacional de Comércio de Café, também uma atividade importante. E tinha ainda outra atividade importante: representava no Brasil a Lazard, Brothers. Os grandes banqueiros internacionais apareciam pouco. A Casa Lazard era um grande banqueiro internacional e sempre fez muitos empréstimos ao Brasil. (Plácido da Rocha Miranda, depoimento oral, p.14-15)

Ainda sobre Murray (primeiro presidente da ABBR) e sua deficiência, Plácido acrescenta:

Era um homem muito inteligente - ele tinha um problema, não sei bem qual era, nunca perguntei, não sei a origem da doença dele; sei que vivia em uma maca, coberto com um cobertor. Charles Murray era casado com uma Simonsen, que nada tinha a ver com Mário Henrique, era outra família de São Paulo, do Banco Noroeste. E naquela época os bancos mais importantes eram o Banco Noroeste, em São Paulo, e o Banco Boavista, no Rio - eram dois bancos importantes. (ibid. p.15)

A origem dos problemas físicos de Percy Charles Murray, que o deixou preso a uma cadeira de rodas especialmente reclinada teria sido a poliomielite, contraída aos três anos de idade. Com grande capacidade de superação, inclusive das próprias limitações físicas, Percy foi um grande empresário, primeiro presidente da ABBR e Diretor da Ajax Corretores de Seguros S.A., Presidente da Cia. Propac Comércio e Indústria. Vice-Presidente do Banco Noroeste do Estado de São Paulo S/A, Vice-Presidente da Cia. Nacional do Comércio do Café, Diretor da Murray-Simonsen S/A, além de participação em outras empresas.



Ilustração 5. O empresário Percy Charles Murray (recostado na cadeira especial), Presidente da ABBR, em reunião com o Presidente Juscelino Kubitschek no Palácio do Catete (Fonte: Acervo da ABBR).

Celso da Rocha Miranda e Percy Charles Murray também se associaram a Carlos Guinle (filho) para comprar a Companhia Internacional de Seguros, empresa originalmente alemã desapropriada durante a segunda Guerra Mundial. A presidência da companhia ficou provisoriamente com Carlos Guinle (pai). Segundo Plácido, era preciso pôr “freios” nos funcionários alemães, “difíceis de lidar”. Foi, então, que Percy Murray (pai) disse: “Tem um rapaz aqui, meu advogado, que é muito inteligente. Talvez pudesse aceitar o cargo.” Tratava-se de Ângelo Mário Cerne, também fundador da ABBR, que se tornava o novo presidente da Internacional Seguros. Em 1952, Celso passou a assumir a presidência da companhia. (Plácido da Rocha Miranda, depoimento oral, p.28)

Os objetivos estatutários da ABBR, dentre eles, a reabilitação física de acidentados de trabalho, a reinserção social de pessoas com deficiências na sociedade (e também na vida produtiva), interessava não somente à própria entidade, mas também a muitos empresários, especialmente do setor de seguros.

O desenvolvimento da reabilitação, com suas vantagens econômicas, era bem visto pelas seguradoras e precisava ser estimulado no país, seja por meio do Estado, seja por meio da iniciativa privada através de ações filantrópicas.

Filantropia oficial

A filantropia foi a forma encontrada para resolver um dos grandes problemas do Rio de Janeiro daquele tempo: a falta de leitos hospitalares, ao mesmo tempo em que dotava os médicos cariocas de centros de pesquisa especializados e modernos, permitindo o estudo e a busca de soluções para essas doenças. (Sanglard, 2005, p.260)

A referência aos trabalhos de Sanglard, embora tenha relação mais diretamente aos anos de 1920, época do filantropo Guilherme Guinle, serve de reflexão também para as décadas posteriores. Segundo a autora, tanto a filantropia quanto a caridade, independente de serem confessionais ou laicas, fruto de ações isoladas ou coletivas, "são indissociáveis da questão da pobreza, do socorro aos pobres e, posteriormente, do controle social sobre eles." (Sanglard, 2008, p.34)

A maior parte da legislação sobre filantropia no Brasil surgiu nos anos de 1930 e 1940, quando foram criadas as Caixas de Subvenções, a Declaração de Utilidade Pública e o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS). Foram definidas, então, diferentes formas de subvenção a entidades filantrópicas, principalmente nos campos da educação, saúde e proteção à maternidade e à infância. Era responsabilidade do CNSS definir as entidades que seriam beneficiadas com diferentes formas de subvenção estatal, como: a doação de bens da administração pública federal, a isenção do pagamento da cota patronal das entidades à seguridade social, o recebimento de doações dedutíveis do

imposto de renda, a transferência de fundos públicos para custeio e obras, entre outros benefícios. (Oliveira, 2005, p.29-30)



Ilustração 6. Panfleto de divulgação da ABBR, (sem data de publicação apresentada, provavelmente final da década de 1960)

A filantropia praticada pela ABBR era laica, baseada na organização de campanhas, com apoio da mídia, para arrecadar fundos. Bailes, almoços, shows e festas eram também frequentemente utilizados como instrumentos de arrecadação de recursos, além do contato com empresas de diferentes setores que faziam suas doações diretamente à entidade. Sobre os benefícios fiscais oferecidos, Colin ressalta:

Paulatinamente a legislação foi incorporando a ampliação dos benefícios fiscais, tais como a isenção das contribuições previdenciárias e dos impostos de importação, a imunidade em relação aos impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços, mas sempre condicionados ao registro das entidades junto ao CNSS, como ocorria sob a égide do Decreto-Lei nº 5.698/43 e da Lei nº 1.493/51 (...) (Colin, 2008, p.83)

De acordo com Mestriner (2001, p.48), a maioria das entidades filantrópicas e, também, as mais tradicionais são oriundas das classes média e alta e "sendo bem relacionadas com as elites e grupos políticos, obtêm daí seu poder". As entidades oriundas das classes mais populares geralmente não conseguem cumprir todas as formalidades exigidas e permanecem excluídas da distribuição de recursos. O autor faz, ainda, uma análise da legislação sobre filantropia no período JK:

Juscelino Kubitschek alarga de forma significativa os incentivos à filantropia. (...) abre também para as instituições filantrópicas nova possibilidade de auferir recursos financeiros, alterando a legislação de imposto de renda em 1958, pela Lei n. 3.740. Autoriza a dedução na renda bruta das pessoas naturais ou jurídicas, para efeito de cobrança do imposto de renda, das doações e contribuições feitas a instituições filantrópicas. (...) pela Lei n. 3.577 de 4/7/59, oficializa a possibilidade de isenção com relação à cota patronal da contribuição à previdência social, introduzindo, para esse acesso, o certificado de fins filantrópicos, abrindo grande precedente fiscal. (Mestriner, 2001, p.128)

As subvenções e renúncias fiscais praticadas nos anos de 1950 com relação às entidades filantrópicas, especialmente no governo JK, fizeram com que o Estado praticamente transferisse para a iniciativa privada sua responsabilidade na área social. Durante seu mandato, Juscelino criou quatro novas leis, uma a cada ano, concedendo vantagens às instituições filantrópicas. Jânio Quadros e Jango, respectivamente em 1961 e 1962, criaram também novas leis de regulamentação para o setor e concederam anistia às instituições com contribuições em atraso.

O Estado, indiretamente, financia a dedução do pagamento de impostos. E a assistência torna-se, assim, álbi da redução de impostos, desenhando uma característica da filantropia brasileira, a de viver às custas de imunidades e subvenções. (ibid., p.130)

Apoios políticos

E a ABRR começou aqui, sabe? Esse corredor que vem para cá, que a dona Sarah Kubitschek nos deu três casinhas que ela tinha conseguido não sei aonde, numa festa aí... Não sei como. Eu sei que nós começamos com três casinhas caindo aos pedaços, e aí fomos indo, fomos indo... E depois todo mundo se reuniu para angariar dinheiro para fazer o hospital. (Marisa Murray, depoimento oral, p.2)

A proximidade do Presidente Juscelino com Celso Rocha Miranda e outros membros da Diretoria da ABBR foi importante para o projeto de desenvolvimento da ABBR. JK, que já apoiava o trabalho da primeira dama, Dona Sara, à frente da Fundação das Pioneiras Sociais em Minas Gerais (1951), no Rio de Janeiro (1956) e em Brasília (1960), contribuiu também para a estruturação da ABBR e a criação de seu Centro de Reabilitação (Pereira, 1990). No dia 17 de setembro de 1957, o Presidente Kubitschek participou da inauguração do Centro de Reabilitação da ABBR. Os primeiros pavilhões eram feitos de madeira, pois foram “40 toneladas de madeira fornecidas pela D. Sara Kubitschek” (Catálogo de..., 1963).

A gente conseguiu muita coisa porque nós tivemos um apoio muito grande governamental. Na época de Juscelino foi a nossa época de ouro. Dona Sarah era a legionária número um, tanto que a nossa turma é Turma Juscelino Kubitschek, nós fomos até lá em Petrópolis para levar uns convites para ela, foi assim algo espetacular. (Odiléa Alves, depoimento oral, p.18)

A confiança no trabalho desenvolvido na ABBR era tanta que, durante a construção de Brasília, a ABBR foi chamada a planejar e acompanhar a instalação de um centro de reabilitação que foi inaugurado junto com a nova Capital. O Centro, batizado com o nome de Sarah Kubitschek ficou sob a coordenação da ABBR durante dois anos, mas em função da distância, foi

entregue à Fundação das Pioneiras Sociais que assumiria sua gestão. Era o início da Rede Sarah de Reabilitação, hoje ligada ao Ministério da Saúde e presente em vários estados brasileiros.

(...) a ABBR se reunia na cidade e depois de tempo numa casa pequena na Tijuca, mas aí não durou muito porque aí o Sette Câmara, que eu acho que era prefeito, alguma coisa assim, ele conseguiu que a gente usasse o Hospital de Jesus que era nesse prédio aqui do lado, e doou esse terreno para a ABBR com encargo (...). (Marisa Murray, p.8)

O terreno ocupado pela ABBR no bairro do Jardim Botânico, onde até hoje funciona a instituição, foi doado em 1960 pelo Governador interino do Estado da Guanabara, Sette Câmara (Governo do Estado, 1960). Nesse terreno, funcionava um local de convalescença das crianças internadas por poliomielite no Hospital Jesus. O projeto arquitetônico do centro de reabilitação foi elaborado gratuitamente pelo próprio Fernando Lemos, e, também, diversas empresas cariocas doaram cimento, azulejos, tacos e pisos e transportaram, também, os materiais de obra. (Catálogo de..., 1963).



Ilustração 7. Juscelino Kubitschek e Dona Sarah, na inauguração do Centro de Reabilitação da ABBR (1957), sendo observados, à direita de vestido escuro, pela Sra. Malu da Rocha Miranda, Presidente das Legionárias, e esposa de Celso Rocha Miranda.

O *Correio da Manhã* e diversos outros meios de comunicação noticiaram a presença do Presidente e da primeira dama na inauguração do Centro de Reabilitação da ABBR:

O presidente chegou em companhia da senhora Kubitschek e após desatar a fita simbólica, foi saudado pelo Sr. Percy Charles Murray, presidente da ABBR e vice-presidente do centro de reabilitação. Em seguida, descerrou a bandeira que envolvia a placa comemorativa do ato, tendo percorrido, demoradamente, o setor de fisioterapia e ginástica médica, a sala de terapia ocupacional e as salas de aula, onde funcionará o curso de formação de técnicos. Na ocasião, os diretores da ABBR apresentaram ao Presidente os primeiros planos de construção imediata da piscina, do ginásio, oficinas de prótese, e oficinas de treinamento, que comporão o conjunto do centro de reabilitação (Centro de Reabilitação..., 1957, p.8)

O Jornal Tribuna da Imprensa destacou a presença de diversas autoridades na solenidade de inauguração. Diante do Presidente da República, do Ministro da Saúde Maurício de Medeiros e demais convidados, o Sr. Percy Charles Murray, presidente da ABBR, falou sobre a existência de cerca de “um milhão de inválidos, os quais ocupam ou preocupam cem milhões de pessoas” no país. Segundo Percy, a ABBR “foi fundada com o objetivo de prestar assistência a esses inválidos, de maneira a torná-los cidadãos normais”. Na ocasião, foi apresentado pelo Sr. Robert Sutherland, presidente da Grand Advertising Publicidade S. A., o programa de divulgação da ABBR, que incluía “desfile e passeatas, cartazes, anúncios pela imprensa e o envio de cerca de 30.000 cartas-apelo à população carioca”. (Inaugurado Centro..., 1957, p.6)

A ABBR representou, nos anos de 1950, dois papéis principais: o de uma instituição humanitária e de relevância pública no auxílio e tratamento dos que dela necessitavam, e também o de uma instituição pioneira e moderna sob o ponto de vista científico e de novas técnicas terapêuticas. O prestígio e influência política do grupo de empresários que atuava junto à ABBR, a presença constante na mídia e os relevantes serviços prestados à sociedade fizeram com que muitos políticos quisessem associar sua imagem à instituição. De JK, passando por Carlos Lacerda, Ernani do Amaral Peixoto, José de Sá Freire Alvim até o General Castelo Branco, dezenas de políticos visitaram a ABBR, assinaram o livro de visitas, posaram para fotos e, em menor ou maior grau, declararam seu apoio à entidade.



Ilustração 8. Visita do Governador Carlos Lacerda à ABBR, acompanhado pelo Dr. Hilton Batista (terno escuro) e Fernando Lemos (calça escura e paletó branco) (1962).

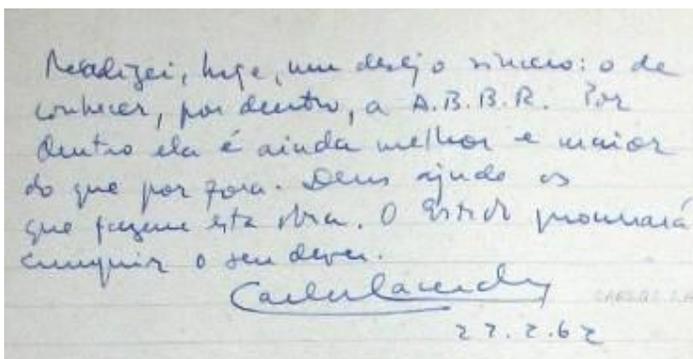


Ilustração 9. Mensagem de próprio punho do governador Carlos Lacerda no livro de visitas da ABBR, em fevereiro de 1962: "Realizei, hoje, um desejo sincero: o de conhecer, por dentro, a ABBR. Por dentro ela é ainda melhor e maior do que por fora. Deus ajude os que fazem esta obra. O Estado procurará cumprir o seu dever."

O Juscelino ajudou, o Lacerda também ajudou. Indiretamente eles todos ajudavam, mas com muito pouco dinheiro. (...) a ABBR não tem cor política nem religiosa. (Marisa, depoimento oral, p.3)

A ABBR realizou, em seus primeiros anos de funcionamento, diversas assembléias com seus associados, diretorias e conselhos técnicos e consultivos.

Tais assembléias tinham por função informar a todos os associados sobre novos projetos e deliberar sobre eleição de novos membros da diretoria, comunicar a entrada de novos sócios e deliberar sobre alterações nos estatutos das entidades. Cerca de três meses após a inauguração do Centro de Reabilitação, foi realizada uma assembléia geral ordinária da entidade que contou com a presença de 120 sócios. A pauta da assembléia, publicada previamente no *Diário Oficial da União* e no *Jornal do Comércio*, previa a realização de eleição para o Conselho Deliberativo da ABBR e a discussão e formulação sobre novas propostas para o funcionamento da entidade. Após as primeiras deliberações, foram homenageados, a pedido do Dr. Oswaldo Pinheiro Campos, o presidente da ABBR, Percy Charles Murray, e Fernando Lemos (Livro de atas I, p. 2)

O Centro de Reabilitação foi inaugurado pelo Juscelino e Dona Sarah, porque eles tinham uma relação de amizade com o Rocha Miranda... O Rocha Miranda foi o introdutor do... Negrão de Lima (...)
O Lacerda não me lembro nada assim com relação a ele. E o militar, o Castello Branco, ele era paciente da ABBR. (Maria Antônia, p.6)

Durante a realização da assembléia, foi feita homenagem também ao presidente JK e à sua esposa, ao prefeito Francisco Negrão de Lima, ao secretário de saúde e assistência da Prefeitura do Distrito Federal, Darcy Monteiro e uma homenagem especial às Legionárias da ABBR. Foi comunicada a primeira celebração de convênio para a prestação de atendimento, convênio firmado com o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), assim como, antes do término da assembléia, foi anunciado que se formariam no início do ano seguinte 22 alunos dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional. (Livro de atas I, p. 7-8)

No mês de agosto de 1960, quase ao final do governo JK, foi publicada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que no parágrafo único do seu artigo 53 reforçava a importância da ABBR no cenário nacional:

“A reeducação e readaptação de que trata este artigo poderá ser prestada por delegação pela ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - e instituições congêneres.” (Brasil, 1960)

O Rio de Janeiro passou por muitas transformações na esfera política com a eleição de JK em 1955, incluindo a mudança da capital do país para Brasília e a criação do Estado da Guanabara, ambos em 1960. Após a posse de JK, Francisco Negrão de Lima foi nomeado prefeito do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que foi sucedido no cargo em 1958 por José Joaquim de Sá Freire Alvim, também nomeado por Juscelino. Em 1960, com a criação do Estado da Guanabara, já prevista na constituição de 1946 e efetivada pela Lei San Tiago Dantas (Lei nº 3.752, de 14 de abril de 1960), a cidade do Rio de Janeiro, transformada em cidade-estado, teve seu primeiro governador indicado pelo Presidente da República, José Sette Câmara (Chefe da Casa Civil de JK). O governador cumpriria um mandato provisório somente até a posse do novo governador eleito nas eleições diretas marcada para outubro de 1960. (Motta, 2001, p.3-4; Motta, 1994, p.3-5; Ferreira, 1994, p.2-8)

Foi o governador Sette Câmara quem fez a doação do terreno da rua Jardim Botânico para a ABBR. A associação, que já ocupava o terreno em caráter provisório, conseguiu a doação em caráter definitivo, devendo, em contrapartida, garantir a gratuidade de parte de seus leitos hospitalares ao Estado. A doação do terreno, de dezessete mil metros quadrados, foi assinada por Sette Câmara no dia dois de dezembro de 1960, dias antes de sua saída do cargo. Carlos Lacerda, o primeiro governador eleito da Guanabara, opositor de Vargas e Juscelino, foi empossado no cargo no dia cinco de dezembro do mesmo ano.

As Legionárias

Já pensou um só instante em ter um filho paralítico?

Um filho espástico que com 15 anos pode ter a mentalidade de 3?

Como somos felizes nós que podemos dormir tranquilas, nós que não temos preocupação do dia de amanhã, nós que não precisamos levar pela mão ou no colo nosso filho para ir ao colégio.

É por tudo isso que trabalhamos pela ABBR é por isso que pedimos sua ajuda. (Catálogo de..., 1963).

O texto acima foi enviado por carta para centenas de pais e mães cariocas com o intuito de angariar novas colaboradoras para o trabalho voluntário e garantir doações à entidade. As Legionárias da ABBR eram um grupo de senhoras da sociedade carioca que trabalhavam voluntariamente para a ABBR. Seu trabalho consistia na organização de eventos sociais e festas, costura de roupas, apadrinhamento de crianças, auxílio nas tarefas administrativas e técnicas do centro de reabilitação, passeios e outras atividades com renda revertida para a entidade. A senhora Malú da Rocha Miranda, esposa do empresário Celso Rocha Miranda, foi presidente das Legionárias e coordenou vários trabalhos de relevância para a instituição.

obrigado por tudo que já fizeram

MAS EU PEÇO MAIS...

por mim e por milhares de crianças que como eu, não tem a alegria de poder correr, brincar ou ir à escola, assim como felizmente, podem seus filhos ou netos.

ATENDA AO JUSTO APÊLO dos homens e senhoras que sem nenhum interesse próprio, senão por sentimento de solidariedade humana se dedicam a A.B.B.R.

OBRIGADO
que DEUS o proteja

A. B. B. R.
Rua Jardim Botânico, 660
Tel.: 26-4281 - 26-4860
ESTADO DA GUANABARÁ

Ilustração 10. Página do catálogo de divulgação da ABBR, início da década de 1960.

Uma das grandes preocupações da ABBR nos seus primeiros anos de funcionamento, além da ampliação das suas instalações para melhor atender a centenas de pacientes, era com o custeio de suas atividades (o que persiste até hoje). Nos anos 1950 e 1960, a ABBR sobrevivia graças aos convênios com “institutos, organizações para-estatais, associações e hospitais, firmas industriais e comerciais”, com ajuda de “padrinhos” que assumiam o compromisso de custear o tratamento de determinadas crianças, com pagamentos de pacientes que tinham condições financeiras para arcar com o tratamento e, especialmente, graças às campanhas organizadas pelas Legionárias da ABBR, isoladamente ou em parceria com outras entidades, como Rotary Club, Lions Club, Câmara Júnior etc. (Catálogo de..., 1963).

No começo nós fazíamos um bazar na casa da Malú Rocha Miranda que dava para pagar o 13º salário, você pode imaginar?! (...) Uma novela que era famosa há 50 anos atrás, que o último capítulo foi no Maracanazinho, em benefício da ABBR; Teve um baile no Municipal também em benefício da ABBR, um baile de carnaval. (Marisa Murray, depoimento oral, p.7)

O Orfeu, é. Eles ensaiavam lá em casa, imagina você! Às vezes a gente ia dormir e ficavam o Bené e o Vinícius e mais não sei quem lá no piano. (risos) Porque não tem hora, esse pessoal não tem hora. Mais foi muito bonito, foi no Municipal...Teve muita coisa bonita, muita mesma. (Marisa Murray, depoimento oral, p.7-8)

Outro exemplo de trabalho das Legionárias foi o acordo firmado entre a ABBR e Vinícius de Moraes. Em agosto de 1956, em carta assinada pela Sra. Malú da Rocha Miranda e recebida por Vinícius, as Legionárias assumiam o compromisso de vender cerca de 1.350 lugares do Teatro Municipal para a peça Orfeu da Conceição, de autoria de Vinícius de Moraes, dos quais quarenta por cento da renda seriam revertidos para a ABBR (Carta ABBR...,1956). Espetáculos, bailes, concursos de fantasias de carnaval, passeatas e até campanhas na televisão (antiga TV Rio) fizeram parte das ações de divulgação e arrecadação de receitas para a ampliação e custeio da ABBR.

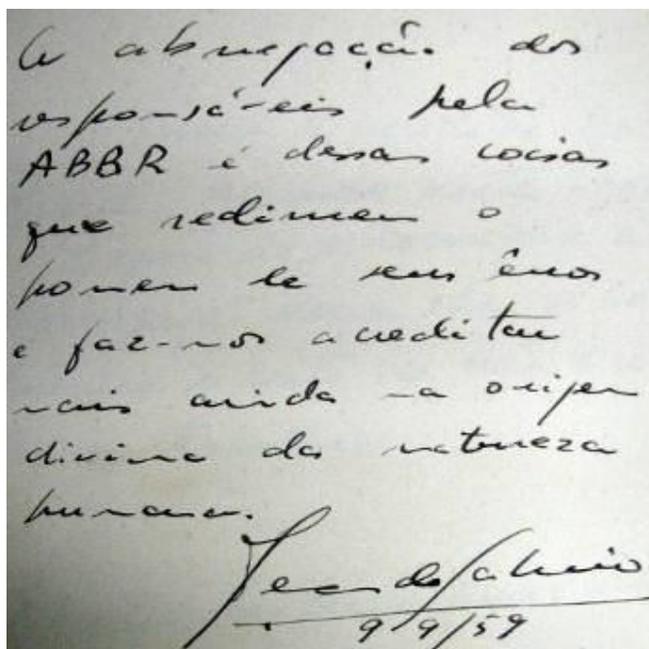
A ABBR... todo mundo fazia escadinha na ABBR, entende? Queria trabalhar aqui para conhecer as pessoas mais “assim” né... para depois então ficarem amigas e se lançarem. (Marisa Murray, depoimento oral, p.5)

Havia pacientes de graça, mas havia alguns que pagavam. Muitas doações também, eles receberam muita doação. E eles tinham uma classe de sócios que eles cobravam. O sócio, por ser sócio ele não tinha tratamento de graça não. Ele era sócio para colaborar, nada tinha a ver com o tratamento. (Maria Antônia, depoimento oral, p.6)

E elas começaram (as Legionárias), faziam campanhas para angariar fundos e os que podiam pagar... pagavam. E conseguiram também subvenções (...) nós tivemos muitas subvenções. E os grandes, o Percy Murray era um homem muito rico, e a vida dele era junto com os outros muito ricos também. (Odiléa Alves, depoimento oral, p.10)

Era a dona Malú Rocha Miranda que era a presidente, que foi a presidente; a Marisa Murray que era prima do Charles Murray; a Jacira Tomé que era também uma *socialite* que é mãe do Márcio Braga do Flamengo, que eu me lembrava... Eva Klabin, Regina Melo Leitão que era também uma...; a senhora do Antonio Balbino que foi governador da Bahia... Enfim, era uma alta sociedade, elas eram... Severiano Ribeiro... Esse Severiano Ribeiro do cinema, eles tinham muita coisa com a ABBR, eles ajudaram bastante. As primeiras cadeiras de auditório foram eles que deram, de cinema, eles ajudavam muito. Era assim, senhoras da sociedade, não tinha muito assim profissionais, médicas, advogadas, não tinha, eram mais senhoras da sociedade. (Maria Antônia, depoimento oral, p.8)

A primeira diretoria das legionárias teve como presidente a senhora Malú da Rocha Miranda, que permaneceu no cargo por 11 anos, e como vice-presidentes as senhoras Jacyra Tomé, Maria do Carmo Buarque de Almeida, Virginia Diniz Carneiro e Marisa Murray. Como diretoras sociais, Tereza dos Anjos e Leda do Nascimento Brito, e como diretoras de campanhas, Nair Pimentel Duarte e Yete Raulino de Oliveira, além de outras senhoras da alta sociedade carioca que faziam parte do conselho diretor, tesouraria, secretaria e do conselho consultivo das legionárias. (Palestra, p.1, 1994)



A abnegação dos
responsáveis pela
ABBR é dessas coisas
que redimem o
homem de seus erros
e fazem-nos acreditar
mais ainda na origem
divina da natureza
humana.

Fernando Sabino
9/9/59

Ilustração 11. Mensagem do escritor Fernando Sabino no Livro das Legionárias da ABBR (A abnegação dos responsáveis pela ABBR é dessas coisas que redimem o homem de seus erros e faz-nos acreditar mais ainda na origem divina da natureza humana. Fernando Sabino, 9/9/59)

As Legionárias da ABBR possuíam um livro com assinaturas e mensagens de diversas personalidades da cena cultural carioca e brasileira. Eram os artistas que visitavam a instituição e em grande parte com ela colaboravam, neste e em outros registros da associação podem ser vistas mensagens de apoio de grandes personalidades do meio cultural e artístico como: Rachel de Queiroz, Sérgio Britto, Max Nunes, Henrique Pongetti, Tônia Carrero, Fernanda Montenegro, Fernando Sabino, Paschoal Carlos Magno, Vinicius de Moraes entre muitos outros (Livro das Legionárias, 1959). Na opinião de Maria Antônia, ex-paciente e secretária da Escola de Reabilitação da ABBR:

Nós sabíamos que existia aquele grupo de senhoras que se reuniam toda semana e promoviam festas, reuniões na sociedade para angariar dinheiro. E sempre que havia qualquer problema de dinheiro a diretoria recorria a elas para fazer alguma propaganda, pra fazer algum... para angariar dinheiro com alguma festa, alguma promoção, elas faziam. (Maria Antônia, depoimento oral, p.7)

O jornalista, escritor e roteirista Henrique Pongetti, bastante conhecido no meio cultural carioca dos anos de 1950 e 1960, ao visitar a ABBR em setembro de 1959, assim descreveu suas impressões sobre a atuação das legionárias:

A sociedade moderna dispensa a caridade simples e pura como a entendem os comodistas pródigos. Quer a solidariedade, a compreensão plena dos males a socorrer, a ação pronta no socorro. A sociedade moderna objetiva a reabilitação física e moral dos incapacitados, procura restituir valores ao patrimônio humano desfalcado e ressentido. Assim sendo, as Legionárias da ABBR valem como um exemplo de filantropia ativa, racional e útil à nossa raça e à humanidade. (Livro das Legionárias, 1959)

As Legionárias estavam quase diariamente presentes na instituição, seja para o cumprimento dos diversos trabalhos voluntários, seja para reuniões de planejamento de novas campanhas e capacitação. A respeito do aprimoramento do trabalho de voluntariado dessas senhoras da sociedade carioca, é digna de nota a participação das Legionárias em uma conferência proferida por Louise Lake, diretora do serviço de voluntárias dos Estados Unidos, e também assistente do professor Howard Rusk, um dos médicos mais conhecidos internacionalmente na área de reabilitação. A conferência foi realizada em março de 1961 e contou com a participação de cerca de 40 pessoas. (Livro de atas I, p. 83-84)

Foi também em grande parte devido ao trabalho das Legionárias que no dia 08 de agosto de 1957 a ABBR foi reconhecida como de utilidade pública pelo Governo Estadual, em 14 de novembro pelo Governo Municipal e em 10 de julho de 1958 pelo Governo Federal. (Palestra... , p.2, 1994)

Considerações finais

A história institucional da ABBR, em seus primeiros anos de existência, está profundamente enraizada em seu tempo, nas relações estabelecidas com governantes, empresários e com a sociedade em geral. A composição dos seus associados, diretores e membros dos diferentes conselhos da instituição permitia grande penetração no poder público, garantindo à entidade, à época, exercer forte influência política e se beneficiar de doações, auxílios, recursos e concessões do Estado. Essas ações filantrópicas guardavam poucas semelhanças com o "socorro aos pobres" e o mecenato praticado por Guilherme Guinle na primeira metade do século XX. Não havia, no caso da ABBR, um grande filantropo, mas um grupo de empresários e profissionais liberais com objetivos em comum. A proximidade com o meio artístico, jornais, revistas, rádio e televisão, aliada ao trabalho organizado pelas Legionárias permitiu também a realização de grandes campanhas de arrecadação de recursos financeiros, de forma semelhante ao modelo norte-americano utilizado pela NFIP.

No próximo capítulo será discutida a criação da ERRJ, seus principais objetivos, funcionamento e suas implicações para a profissionalização da fisioterapia no país.

Capítulo 5: A formação dos fisioterapeutas na ERRJ

Logo após a cerimônia de fundação da ABBR, no auditório da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), em 5 de agosto de 1954, o conselho médico da ABBR, presidido pelo Dr. Oswaldo Pinheiro Campos decidiu fundar a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ). Essa foi a primeira instituição a formar fisioterapeutas, em nível superior no país. No dia 3 de abril de 1956 foi realizada a cerimônia de abertura do período letivo, com a presença dos primeiros alunos e professores dos cursos de fisioterapia e também de terapia ocupacional, que iniciavam conjuntamente sua formação. Embora a Escola tenha iniciado suas atividades em 1956, o Ministério da Educação reconheceu os diplomas dos primeiros fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais formados pela ERRJ somente em 1965, depois de longo processo.²⁵

Neste capítulo serão analisadas fontes primárias e secundárias que permitem a construção da narrativa histórica da criação da ERRJ e do curso de formação dos fisioterapeutas, desde seu planejamento, implantação e funcionamento, até seu reconhecimento oficial pelo Ministério da Educação. O objetivo é refletir sobre a formação das primeiras turmas, descrever o perfil dos estudantes, dos professores e da direção e, antes, entender o porquê da criação da Escola nos anos 50 dentro da ABBR; as razões que levaram a criação dos cursos e a sua manutenção por mais de duas décadas na Instituição. Quantos profissionais foram formados, quais as matérias ensinadas, quais as dificuldades no processo de reconhecimento dos cursos, qual a influência da Escola e dos egressos no estabelecimento da profissão de fisioterapeuta no país? Estas são algumas das questões sobre as quais este texto procura refletir, ora esclarecendo, ora lançando novas perguntas.

²⁵ Sobre a solenidade de abertura dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional da ERRJ, 75 pessoas assinaram o livro de presença, entre alunos, professores, Diretoria e Legionárias da ABBR e representantes de instituições que atuavam na área da reabilitação, como APAE, Sociedade Pestalozzi e Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes. (Livro de Presenças às Solenidades da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, páginas 2 à 6)

A Escola de Reabilitação

A Escola de Reabilitação da ABBR possuía dois cursos regulares: fisioterapia e terapia ocupacional. Antonio Caio do Amaral, vice-diretor da ERRJ, ao referir-se à formação dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais ressalta que “nossa Escola procura, principalmente, formar duas especialidades dentro do quadro geral da Reabilitação” (Amaral e Oliveira, 1960, p. 17), descrevendo em seguida o perfil esperado de formação dos fisioterapeutas:²⁶

FISIOTERAPÊUTAS, dotados dos conhecimentos necessários à compreensão, investigação e interpretação das causas e dos efeitos biológicos da fisioterapia como agente colaborador, para dar ao lesionado o máximo de sua capacidade residual, com competência para sugerir modificações nas dosagens dos diferentes agentes físicos utilizados, e, com faculdade para compreender o sentido social da especialidade e o seu papel na reabilitação e valorização do homem. (Amaral e Oliveira, 1960, p. 17)

Sobre essa definição de Caio Amaral, é interessante ressaltar a destinação do fisioterapeuta para o tratamento de "lesionados". As pessoas com algum tipo de deficiência, ou lesão formariam a clientela desses profissionais. Ao mesmo tempo em que deveriam possuir conhecimentos teóricos da biologia, fisiologia, anatomia, entre outras áreas, sua competência seria restrita a "sugerir modificações nas dosagens" dos agentes físicos utilizados. Não caberia ao fisioterapeuta, portanto, prescrever ele mesmo as dosagens, mas apenas sugerir modificações, quando coubesse, nas dosagens prescritas pelos médicos. O fisioterapeuta era definido claramente como um profissional da área da reabilitação, não como profissional da saúde e, exatamente na reabilitação, no tratamento das pessoas com deficiências, residia seu valor social.

²⁶ Antonio Caio do Amaral, além de vice-diretor da ERRJ e professor da disciplina de cinesiologia, foi médico e vice-diretor da Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil, professor de traumatologia desportiva e socorros de urgência da Universidade do Brasil, chefe da clínica traumato-ortopédica da prefeitura do Distrito Federal (Rio de Janeiro) e, também, membro da Força Expedicionária Brasileira – FEB.

Para o professor Caio Amaral, além da formação de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais, a ERRJ deveria formar também outros profissionais envolvidos com a reabilitação: “os técnicos em recreação, os especialistas para o aprendizado dos cegos, dos surdos, dos excepcionais (...)” (ibid.).



Ilustração 12. Construção da Escola de Reabilitação e do Centro de Reabilitação da ABBR na Rua Jardim Botânico 660 (1957). Fonte: Acervo ABBR

A afinidade entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais era grande, tanto em termos de formação (boa parte da formação era realizada conjuntamente, como se verá mais adiante), quanto com relação à atuação profissional. O Comitê de Experts em Reabilitação Médica da OMS assim se pronuncia com relação à ligação entre as duas áreas:

A Fisioterapia vem acompanhada de uma série de práticas conhecidas que se tem dado o nome de ergoterapia ou terapêutica profissional. Esta disciplina persegue a restauração das funções defeituosas através do trabalho de artesanato ou trabalhos industriais. (OMS, 1958, p. 12).

Em seu livro sobre Cinesiologia e Reabilitação ²⁷, Antonio Caio do Amaral, traz informações mais detalhadas também sobre o perfil profissional esperado para o curso de formação de terapeutas ocupacionais da ABBR, ressaltando que estes devem ser possuir conhecimentos necessários à “compreensão, investigação e interpretação” de trabalhos manuais e das artes, aproveitando todas as potencialidades para “satisfazer as necessidades funcionais, psíquicas e sociais do lesionado” (Amaral e Oliveira, 1960, p.17).

Na introdução de seu livro, dirigindo-se especialmente aos alunos da ERRJ, o autor pergunta “quais as finalidades desta Escola”, ao que prontamente responde: “formar profissionais capazes de prover as necessidades da ABBR, e, da sociedade” (ibid., p. 11). E em seguida, questiona-se de que profissionais precisa a ABBR, cuja resposta provém do próprio autor:

(...) daqueles que tenham conhecimentos suficientes para colaborar no problema da REABILITAÇÃO (grifo do autor) do homem considerado incapacitado, a fim de que, usando suas capacidades residuais possa prover sua subsistência. (ibid.)

Ficava claro que o nome da Escola estava de acordo com a finalidade principal da ABBR, a reabilitação. O principal objetivo da Escola criada pela ABBR deveria ser formar profissionais para atuar na reabilitação, especialmente trabalhando no próprio Centro de Reabilitação da ABBR. A fisioterapia e a terapia ocupacional, nessa lógica, seriam o meio para se alcançar o objetivo maior, o de reabilitar.

²⁷ Cinesiologia é a disciplina que estuda o movimento humano, base do conhecimento de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e educadores físicos.

Fisioterapeutas de nível superior

A criação dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional atendia aos recentes informes da Organização Mundial da Saúde e ia ao encontro das necessidades sociais impostas pela poliomielite e outras doenças incapacitantes. Dr. Jorge Faria, primeiro Diretor da ERRJ, em palestra proferida durante um seminário na Universidade de São Paulo (USP), em 1960, ao referir-se sobre a necessidade de formação em nível superior dos fisioterapeutas na ERRJ, ressalta:

Era necessário em primeiro lugar resolver o problema do pessoal técnico. Tínhamos bons médicos, bons enfermeiros, ótimos assistentes sociais, orientadores vocacionais (...) Nos faltava ainda certos elementos (...) Eram os Fisioterapeutas e os Terapeutas Ocupacionais (...) Era preciso formar aquela gente. Mas formá-los num nível em que eles merecessem ser formados. (Faria, 1960, p. 57 *apud* Figueiroa, 1996, p. 56)

Para a pesquisadora Márcia Reis foi o Dr. Oswaldo Pinheiro Campos quem sugeriu a formação de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais em nível superior, “ponto vital para que o projeto de um centro de reabilitação obtivesse sucesso” (Reis, 2004, p.31). Dr. Oswaldo, com suas próprias palavras ao recordar a criação dos cursos na ERRJ ressalta o que segue:

“Dizia eu, então, que organizar uma sociedade de reabilitação em nosso meio sem primeiro abrir e fazer funcionar uma escola de reabilitação de nível universitário, seria condenar a idéia a um fracasso inevitável. Seria construir um barco e lançá-lo ao mar sem marinheiros treinados para fazê-lo navegar.” (Campos, 1966, p.147)

A preocupação em formar profissionais de nível universitário parece vir desde as primeiras reuniões de planejamento da ERRJ. Como já dito por

Fernando Lemos, a maioria dos médicos envolvidos com a Escola não queriam “entregar o trabalho a massagistas” ou a pessoal que de alguma forma pudesse colocar em risco o trabalho de reabilitação sob sua chefia (Soares, 1987, p.5).

As relações de poder, alianças e disputas entre médicos e fisioterapeutas teve sua discussão iniciada no primeiro capítulo desta tese, nas seções sobre profissão, monopólio e profissionalização e reabilitação como campo de disputas profissionais. Ao longo do presente capítulo e do seguinte, serão analisados novos episódios que retomam a discussão sobre essa temática.

Diferenças com a formação em São Paulo

Sobre a existência de instituições formadoras em outros Estados, Sanchez (1971, p. 31) destaca que até 1969 existiam apenas 5 escolas formando fisioterapeutas no país, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco, todas ligadas diretamente a Centros de Reabilitação. Essas Escolas, do ponto de vista administrativo, normalmente eram subordinadas às Faculdades de Medicina (exceto a ERRJ), 95% do corpo docente pertenciam à classe médica, a direção das Escolas era responsabilidade de médicos ortopedistas ou com experiência em reabilitação e, na maioria dos casos a participação dos professores era feita de forma gratuita, sem pagamento de salário (Sanchez, 1971, p. 32).

No Rio de Janeiro e em São Paulo, existiram também outras experiências de formação de fisioterapeutas (ou ainda de técnicos e auxiliares de fisioterapia ou reabilitação) ainda nas décadas de 1940 e 1950, todas experiências descontinuadas em cursos de nível técnico ou de extensão universitária.²⁸

²⁸ Existem documentos disponíveis que tratam de disciplinas de fisioterapia e congêneres oferecidas aos alunos da Escola de Educação Física da UFRJ e da Escola de Educação Física do Exército. Em 1944 a Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil (atual UFRJ) divulgou seu programa de estudos que incluía a cadeira de Fisioterapia, sob responsabilidade do professor Dr. Camilo Manoel Abud.

Em São Paulo, um dos exemplos de formação de nível técnico foi o curso “Raphael de Barros”, oferecido no início dos anos 50 (Define e Feltrim, 1986). O objetivo da formação era capacitar profissionais auxiliares médicos chamados de “técnicos operadores em fisioterapia”, em um curso com um ano de duração. A formação era uma exigência para todos os que trabalhavam no serviço de fisioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Oliveira, 2002, p.76). Esse curso teve início em 1951 e encerrou suas atividades em 1956 (Sanchez, 1984, p. 31).

Em São Paulo, a partir de 1958, foi iniciado um novo curso de formação na área de fisioterapia, no Instituto Nacional de Reabilitação – INAR (ligado à USP). De acordo com Robin F. Hindley-Smith, médico consultor da OMS, e um dos responsáveis pelo curso do INAR, a primeira turma foi formada no final de 1959, após a conclusão de um curso regular de dois anos de duração. (Hindley-Smith e Louza, 1959, p.17)

O técnico em fisioterapia não é mais um simples 'massagista' ou um auxiliar sem treinamento ou formação, que sabe apenas ligar ou desligar uma lâmpada de infra-vermelho ou um aparelho de diatermia, sem noção alguma do que está fazendo; é um técnico com preparo profissional, cômico das suas atribuições e dos trabalhos que realiza. Para isto, o técnico em fisioterapia é treinado prática e teoricamente, compreendendo este treinamento noções básicas de anatomia, fisiologia, cuidados com os pacientes e todas as modalidades terapêuticas da Medicina Física. (Hindley-Smith e Louza, 1959, p.16)

De acordo com o relatório das Nações Unidas, a formação dos fisioterapeutas na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro havia instituído antes do INAR um “programa especial para a formação de fisioterapeutas”, baseado em um plano de estudos de três anos (ONU, 1965). Embora este trabalho não tenha por objetivo realizar um estudo comparativo entre a formação de fisioterapeutas no eixo Rio - São Paulo, cabe resumir, sobre a experiência paulista de formação dos fisioterapeutas nas décadas de 1950 e 1960, alguns pontos:

A) O curso Raphael Barros (1951-1957) tinha duração de um ano e exigia apenas o primeiro grau ou ensino fundamental para ingresso (Oliveira, 2002, p. 76);

B) O curso oferecido pelo INAR, a partir de 1958, tinha como pré-requisito para ingresso o segundo grau (ensino médio) ou antigo colegial, e a formação era realizada em dois anos (Oliveira, 2002, p. 79-82).

C) Somente em 1970, através da Portaria 1.025 de 16 de janeiro de 1970, a USP reconheceu os certificados emitidos pelo INAR nos cursos de técnicos em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional entre os anos de 1958 a 1966 como equivalentes ao de nível superior da Universidade (Marques e Sanchez, 1994, p.6).

Bem diferente da experiência paulista e a de outros Estados, a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ foi a primeira instituição a formar fisioterapeutas, e também terapeutas ocupacionais, desde seu início como profissionais de nível superior. Outra característica que revela singularidades da ERRJ é o fato de ter sido uma instituição filantrópica, sem estar formalmente ligada a nenhuma Universidade ou esfera de governo. A seguir, serão analisados com mais detalhes os documentos e fatos relacionados ao currículo e à formação dos fisioterapeutas na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro.

Os primeiros anos da ERRJ

A Diretoria da ABBR, embora pretendesse rapidamente criar o Centro de Reabilitação da entidade, foi desencorajada por seu Conselho Técnico. Faziam parte desse Conselho, inicialmente, os médicos Oswaldo Pinheiro Campos, Jorge Faria, Antonio Caio do Amaral e Hilton Baptista. A proposta, aceita pela Diretoria, era que antes de se criar um centro de reabilitação, seria preciso formar os

profissionais que ali iriam trabalhar: fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. (Baptista, 1988, p. 17).

Em reunião realizada no dia 23 de setembro de 1955, na residência de Oswaldo Pinheiro Campos, “foram estabelecidos os planos básicos para o funcionamento da Escola”. Fizeram parte dessa reunião, Fernando Lemos e José Maria de Almeida como representantes da Diretoria da ABBR e os seguintes “professores fundadores”: Oswaldo Pinheiro Campos, Jorge Faria, Antonio Caio do Amaral, Hilton Baptista, Pedro Nava, Antonio Rodrigues de Mello, Zeny Miranda, Alcino Fonseca Jr., Edmundo Haas, Pedro Baptista de Oliveira Neto, Gualter Doyle Ferreira, Evangelina Leivas, Edith Mc Connell, Mary Ellis e Dora Schlochauer (ibid., p. 17). Na opinião de Maria Antônia, secretária da ERRJ, foram analisados diferentes modelos curriculares para a ERRJ:

O currículo e disciplina antes da escola ser fundada, ser criada, os professores, Dr. Jorge, Dr. Oswaldo, Dr. Hilton Batista e os outros colaboradores que era Pedro Nava, Batista Neto etc. começaram a estudar. Então o Dr. Oswaldo trouxe vários currículos estrangeiros de Israel, Canadá, Estados Unidos. Enfim... E eles aí estudaram e adaptaram esses currículos ao Brasil. Então eles organizaram a grade curricular por influência ou baseado nesses currículos do Canadá e de Israel. (Maria Antônia, depoimento oral, p.9-10)

Na mesma noite da reunião do dia 23 de setembro, foi “designado o Dr. Jorge Faria para instalar e dirigir a Escola de Reabilitação”. O currículo utilizado como base para a Escola, segundo Hilton Baptista, foi o da “Escola de Reabilitação da Columbia University” (Baptista, 1988). Sobre o modelo curricular a ser adotado pela ERRJ, Oswaldo Pinheiro ressalta que:

(...) a primeira escola de reabilitação no Brasil, a ESCOLA DE REABILITAÇÃO DO RIO DE JANEIRO foi fundada nos mesmos moldes e com o mesmo curriculum dos centros mais adiantados, ingleses, suecos ou americanos. Essa escola, sob a competente e incansável liderança de Jorge Faria, continua formando profissionais em reabilitação e é hoje admirada e respeitada. (Campos, 1966, p.147)

Em um texto pertencente ao acervo da ABBR, de autoria atribuída ao Dr. Hilton Baptista, professor da ERRJ e diretor do Centro de Reabilitação, o currículo da ERRJ é comparado como “semelhante ao das escolas americanas e alemãs” (Baptista, 1988, p.2). Dr. Hilton Batista, ao referir-se às dificuldades enfrentadas pela primeira turma de alunos da Escola, descreveu a situação da seguinte forma:

E foi ainda, num escritório, que a ABBR funcionou dois anos, até conseguir da Prefeitura do Rio de Janeiro, por empréstimo, um pequeno prédio em grande área na Rua Jardim Botânico, 660. Neste lugar, funcionava um abrigo do Hospital Jesus, com cerca de 60 crianças deficientes, todas elas consideradas irrecuperáveis. (Baptista, 1988, p.2).²⁹

A formação dos fisioterapeutas acontecia em salas de aula construídas dentro da própria ABBR e inicialmente os alunos também se deslocavam para outras instituições, como a Policlínica do Rio de Janeiro, Hospital Carlos Chagas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Jesus, Hospital Pedro Ernesto e Cruz Vermelha. As aulas de psicologia da professora Maria Helena Novaes e de psiquiatria com o professor Edmundo Haas aconteciam em uma sala cedida pela Diocese do Rio de Janeiro, no centro da cidade. As aulas de anatomia, com o professor Pedro Baptista de Oliveira Netto, ocorriam extra-oficialmente na Escola de Medicina e Cirurgia Hanemaniana. (Figueiroa, 1996, p. 58-59).

Segundo Fernando Lemos, “Havia 150 alunos, cuja maioria eram mulheres, muito poucos rapazes. Essa escola funcionou com grande dificuldade.” E acrescenta ainda, sobre a situação da ERRJ, que “os professores e os médicos não ganhavam nada, somente os plantonistas. Foi um sacrifício” (Soares, 1987, p.5).

²⁹ A doação definitiva do terreno da Rua Jardim Botânico n. 660, com dezessete mil metros quadrados de área, ocorreu em 1960, através da Lei n. 18 de 1960, aprovada pela Assembléia Legislativa do Estado da Guanabara e sancionada pelo Governador José Sette Câmara (Meira, 1975, p.118).

Os cursos de graduação em fisioterapia e terapia ocupacional iniciaram suas atividades no dia 3 de abril de 1956. A sessão solene de instalação dos “Cursos de Técnicos em Reabilitação” da ABBR foi realizada no auditório da Associação Brasileira de Imprensa – ABI, às 21 horas. Assinaram o “Livro de Presença às Solenidades” setenta e cinco pessoas, entre alunos da primeira turma, como Maria do Carmo Buarque de Almeida, Odiléia Alvez de Souza, Neyde Tavares Santos, Wanda Lechowski entre outros, professores como Pedro Bloch, Baptista Neto, Edith Mac Connell, Mary Ellis entre outros, diretores da ABBR, médicos ligados à reabilitação como Waldemar Bianchi e outros e representantes da Policlínica do Rio de Janeiro, do Rotary Clube, da Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE e Sociedade Pestalozzi (Livro de presenças..., 1956, p.2-6).

Segundo Hilton Baptista, a sessão solene de instalação dos cursos foi presidida pelo presidente da ABBR, Percy Charles Murray e a ela compareceram também um representante da ONU, membros do corpo diplomático, representantes dos ministérios da Educação e do Trabalho, Legionárias da ABBR e o então “presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, Odir Mendes Pereira”. “Estava fundada a primeira Escola de Reabilitação do Brasil” (Baptista, 1988, p. 18).

É interessante ressaltar a falta de clareza na definição do nome do curso. Embora planejado como de nível superior, em alguns documentos e notícias de jornal o curso era apresentado como técnico de reabilitação, em outras ocasiões como fisioterapia. As divergências sobre a denominação do curso e dos egressos seria decidida somente alguns anos depois da criação da ERRJ, como se verá mais adiante neste capítulo. Outro fato relevante na criação do curso na ERRJ foi a elaboração de seu currículo, baseado principalmente nas escolas de países desenvolvidos. Tal fato merece destaque, tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde tinha um modelo de formação mais simples direcionado aos países subdesenvolvidos, modelo implantado no INAR, em São Paulo. No caso da ERRJ, tanto médicos quanto membros da diretoria, muitos deles com parentes vítimas da pólio, preferiram criar um curso com currículo semelhante ao dos países desenvolvidos.

De acordo com Fernando Lemos, o Dr. Jorge Farias, médico ortopedista, foi o principal responsável pela montagem do currículo do curso de fisioterapia, assim como por recrutar os professores. A primeira turma teve um curso intensivo de dois anos de duração, devido à necessidade de mão-de-obra para o Centro de Reabilitação. Esse primeiro curso de nível universitário formou dezesseis fisioterapeutas e a formatura dessa turma ocorreu em 27 de fevereiro de 1958, também no auditório da ABI (Soares, 1987, p.37). O segundo curso, iniciado em 1957, teve sua duração ampliada para três anos (a turma concluiu o curso no final de 1959) e até 1978, a ERRJ realizou vestibulares e formou fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas dependências da ABBR. Em 1978, a Sociedade Unificada de Ensino Augusto Motta – SUAM, comprou a Escola de Reabilitação da ABBR, assumindo todo o controle e administração da Escola que se transferiu para a sede da SUAM no bairro de Bonsucesso, no Rio de Janeiro.

As primeiras turmas

Em fevereiro de 1958, o jornal *Correio da Manhã* noticiava o seguinte:

Primeira turma brasileira de técnicos em reabilitação

A ABBR, Associação Brasileira Beneficente de Recuperação diploma hoje, sua primeira turma em técnicos em reabilitação (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais).

Vem a ABBR realizando amplo programa de reabilitação de inválidos, visando torná-los úteis à si mesmos, à família e à sociedade. Para formar o pessoal técnico indispensável ao seu trabalho e aos hospitais e instituições que também tratam do problema, organizou um curso de três anos. A primeira turma de técnicos da ABBR tem como patrono o presidente Juscelino Kubitschek e como paraninfo o diretor dos cursos da instituição Dr. Jorge A. de Barros Faria. (Primeira..., 27/2/1958, p.4)

O ingresso dos primeiros alunos na ERRJ foi feito através de prova de vestibular, sendo oferecidas um total de 30 vagas para fisioterapia e terapia ocupacional. Para ingressar no curso, era exigida dos alunos a conclusão do ensino médio (científico, normal ou clássico) ou, ainda, dos cursos de enfermagem, educação física ou de serviço social (Figueirôa, 1996, p. 56). Dos 23 profissionais formados pela primeira turma em 1958 (dezesesseis fisioterapeutas e sete terapeutas ocupacionais), quinze foram contratados para trabalhar imediatamente no próprio centro de reabilitação da ABBR, com salário de dez mil cruzeiros e carga horária de quatro horas diárias de trabalho (ibid., p. 56-57). A taxa de inscrição, à época, era de duzentos cruzeiros e a anuidade do curso era de quatro mil e quinhentos cruzeiros (paga em nove parcelas) (Manual do aluno, 1957,p.3).³⁰

Os fisioterapeutas egressos da primeira turma de fisioterapia da ERRJ realizaram sua colação de grau no auditório da ABI, no dia vinte e sete de fevereiro de 1958. Pelo convite de formatura dos alunos da primeira turma, o Patrono escolhido foi o arquiteto, e principal idealizador da ABBR, Fernando Lehly de Lemos. O nome escolhido para a turma foi “Turma Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira”, tendo recebido uma homenagem especial o embaixador prefeito Francisco Negrão de Lima, e como homenagem afetuosas, a Sra. Sarah Kubitschek de Oliveira. O homenageado de honra foi Percy Charles Murray, presidente da ABBR e o paraninfo escolhido foi o Dr. Jorge A. de Barros Faria, diretor do Centro de Reabilitação da ABBR. Receberam grandes homenagens Dr. Oswaldo Pinheiro Campos e Dr. Pedro Baptista de Oliveira Netto. A professora e fisioterapeuta Miss Edith Mc Connel e o Dr. Hilton Baptista foram escolhidos para “agradecimentos”. Todos os professores foram homenageados e o orador da turma foi o formando Miguel Alves Vieira (Convite de formatura..., 1958).

³⁰ Considerando que em fevereiro de 1958 um dólar, no câmbio paralelo, valia cerca de 100 cruzeiros, a mensalidade seria um valor equivalente a quarenta e cinco dólares. As informações relativas ao câmbio do dólar foram retiradas do Jornal Correio da Manhã, do período em questão, em pesquisa no setor de periódicos na Biblioteca Nacional. Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, o salário mínimo vigente no Distrito Federal através do Decreto número 45.106-A, publicado em 24 de dezembro de 1958, era de Cr\$ 6.000,00 (seis mil cruzeiros).



Ilustração 13. Aula prática clínica realizada pelos alunos. (Fonte: Acervo ABBR)

Em 1958, foi fundado pelos alunos da ERRJ o Diretório Acadêmico Fernando Lemos (DAFEL). O diretório dos estudantes teve atuação importante na instituição, colaborando com as atividades da AFEG e auxiliando na divulgação das profissões.

Em dada ocasião, até mesmo a instalação de um Centro de Reabilitação simulado, em plena Cinelândia, no Rio de Janeiro, foi realizada com ampla repercussão e a cobertura do acontecimento pela então TV Tupi. Além disso, os membros do Diretório se faziam presentes junto aos veículos de comunicação e programas de auditório, sempre com o intuito de divulgar cada vez mais as referidas profissões. (Figueirôa, 1996, p.64)

Eu lembro até que uma vez fizeram o enterro do presidente da ABBR que era o Adolfo Basbaum. Isso foi uma confusão muito grande! (...) porque os alunos teriam que seguir o horário da instituição e os alunos queriam ficar mais para alguma coisa (...) Agora, com a direção da escola tinha também atrito em relação a currículo, em relação também ao professor que faltava, os alunos reclamavam, ou o professor que eles não estavam gostando por algum motivo, eles reclamavam. (Maria Antônia, depoimento oral, p.12-13)

Em um catálogo sobre a ABBR, é apresentada a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro que, de acordo com o documento, adota as “recomendações da Confederação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional”. Os cursos divulgados são os de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, ambos de “nível universitário”. Naquele momento, de acordo com o catálogo, haviam sido diplomados 65 fisioterapeutas e 23 terapeutas ocupacionais, que já estavam “trabalhando em todo o Brasil, além da Guanabara, em Brasília, Minas, Santa Catarina, Estado do Rio, Bahia etc.” (Catálogo..., 1963)

Os primeiros alunos que eu me lembro o perfil era assim: Eles eram mais velhos, não eram brotos não – Eram pessoas que já tinham algum curso e que resolveram diante da divulgação, do novo curso que surgia, tentar uma nova profissão. Então tinha muita... Que eu me lembro assim tinha muitas alunas que eram dos institutos de pensões, assistente social, tinha uns funcionários, tinha alguns, professor de educação física (...) (Maria Antônia, depoimento oral, p.10)

(os alunos) eram assistentes sociais, enfermeiras do sistema de saúde, que a gente hoje fala Sistema Único de Saúde, mas eram dos institutos. A Marlene era professora, e o Miguel era professor de Educação física (...) Eu tinha uma amiga que morava em Santa Tereza, outra morava em Botafogo, eu morava em Cascadura, na rua Cerqueira Dalton; tinha uma que morava em Marechal Hermes; a outra morava lá em... eu não sei se era... em Nova Iguaçu..., uma outra morava aqui no Riachuelo. (Odiléa Alves, depoimento oral, p.6)

Um dado interessante é a grande diferença entre o número de alunos da fisioterapia e o da terapia ocupacional. O curso de fisioterapia era bem mais procurado, com três ou quatro vezes maior número de formandos do que o de terapia ocupacional. Como pode ser visto na tabela contendo o número de matriculados e de formados (ANEXO 1), havia também alta percentagem de evasão. A diferença entre o número de matriculados e o número de formados nos dois cursos é bastante significativa, o que sugere uma evasão de aproximadamente 50% dos matriculados, ao longo do curso. Outro dado que merece destaque é o fato do número de matriculados, a partir do reconhecimento

das profissões em 1969, ter aumentado e se mantido em níveis altos, com redução da evasão. A grande evasão nas primeiras turmas, entre outros fatores, pode ter sido causada em virtude da falta de perspectiva quanto ao exercício de uma profissão ainda não reconhecida oficialmente pelo Estado.

Com relação à questão de gênero, a listagem nominal dos alunos do curso de fisioterapia (ANEXO 2) nos permite algumas análises. É possível notar como no início da ERRJ, as três primeiras turmas tinham cerca de 70 a 80% de estudantes do sexo feminino. A partir da quarta turma em diante, passa a ocorrer um equilíbrio entre homens e mulheres, em algumas turmas inclusive com preponderância de homens, como foi o caso principalmente da turma que colou grau em 1965.

Identidade e disputas profissionais

Nos anos cinquenta, enquanto eram formadas as primeiras turmas da ERRJ, havia discordâncias em como deveriam ser chamados os egressos dos cursos, onde e em que condições deveriam atuar e qual deveria ser a sua relação com os demais profissionais que já atuavam na área da saúde. No manual do candidato “ao curso de técnicos em reabilitação da ABBR” destaca-se a frase, com relação à entidade: “filiada à International Society for the Welfare of Cripples”. E logo a seguir, para orientação aos candidatos, o manual descreve um conceito resumido de reabilitação como sendo o ato de “reintegrar um incapacitado na sociedade e no trabalho” e a definição de fisioterapeuta, como sendo aquele que:

Emprega os recursos físicos ao seu alcance para recuperar um incapacitado. É aquele que sabe utilizar-se da massagem, dos diferentes tipos de ginástica, da eletroterapia, etc., para melhorar uma função perdida ou utilização de uma prótese num mutilado. (Catálogo..., 1962A, p.1)

A atuação do profissional a ser formado era diretamente ligada à reabilitação, com o objetivo de recuperar "função perdida", "recuperar o incapacitado", o "mutilado". Sobre os principais recursos associados ao trabalho desse profissional, eram citadas a massagem, ginástica e eletroterapia. Sobre o nível de formação oferecida, o catálogo de cursos informava o seguinte:

(...) o curso é de nível universitário classificando-se logo abaixo do nível de um curso de medicina e acima dos cursos de enfermagem e de educação física. (Catálogo..., 1962A, p. 2)

Sobre esse aspecto, nota-se a preocupação em estabelecer uma hierarquia entre as diferentes profissões que atuavam na área de reabilitação. A profissão médica estaria no topo da hierarquia e as demais estariam abaixo, sendo que a enfermagem e a educação física eram consideradas ainda menos importantes do que a nascente fisioterapia. Como se verá mais adiante, tais definições seriam ainda fonte de muitos conflitos, especialmente entre a fisioterapia e a medicina. (Catálogo..., 1962A, p. 2).

O Professor Antônio Caio procurava diferenciar pelo menos quatro categorias profissionais, a partir da comparação do nível e da aplicação do conhecimento da cinesiologia. Segundo o autor, a cinesiologia é parte da mecânica e é, portanto, matéria básica para um engenheiro, por exemplo. No entanto, a cinesiologia quando aplicada ao ser humano é o estudo do movimento humano, que pode e deve ser utilizado de diversas formas. Ao médico fisiatra (especializado em medicina física e reabilitação)³¹, caberia o conhecimento da cinesiologia médica. Esta consistiria em um “caráter de estudo mais aprofundado,

³¹ A fisioterapia foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira como especialidade em 1954.

de extensa pesquisa científica, executado em laboratórios” (Amaral e Oliveira, 1960, p. 13).

A Cinesiologia Clínica, segundo Antônio Caio, é “própria do profissional especializado em reabilitação”, ou seja, do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. Segundo o autor, a cinesiologia clínica tem um “caráter menos desenvolvido, não atingindo cientificamente o âmago dos fenômenos cinesiológicos”. Esse seria então o objeto de estudo na disciplina de cinesiologia do curso da ABBR (ibid.).

A diferença, portanto, entre o médico que se utilizava da cinesiologia e o fisioterapeuta, seria a realização de pesquisas executadas em laboratórios por parte dos médicos. Na opinião de Antônio Caio, que criava conceitualmente essa divisão, a cinesiologia médica era dirigida ao estudo e à pesquisa, enquanto a cinesiologia clínica, praticada pelos fisioterapeutas, era dedicada ao tratamento dos pacientes em reabilitação.

Com relação à diferenciação da enfermagem, o autor ressalta que nas escolas formadoras das enfermeiras, a massagem e a ginástica eram lecionadas apenas superficialmente, com a finalidade de servir como um “método salutar” de forma genérica. E, embora nas escolas de educação física existissem disciplinas de cinesiologia, fisioterapia e massagem, segundo o autor, elas eram ensinadas com a finalidade exclusiva de utilização em “indivíduos normais” (ibid.,p.16).

O que separava o fisioterapeuta do educador físico era a atuação do primeiro exclusivamente em pessoas doentes, incapacitados físicos, enquanto o segundo, embora também utilizasse a cinesiologia, usaria seus conhecimentos somente em pessoas saudáveis. No caso da enfermagem, a massagem e a ginástica eram complementos saudáveis de sua prática, enquanto o fisioterapeuta utilizava esses e outros recursos como principal método de tratamento de seus pacientes.

Ao comparar o fisioterapeuta com os demais profissionais, Antonio Caio salienta que “o reabilitador não é um médico; mas também, não deverá ser um simples massagista ou professor de educação física.” Algumas páginas adiante o

autor, baseado em observações da Associação Médica Americana, explica que a Medicina Física passou a dividir-se em duas grandes partes: “a diagnóstica e a terapêutica”. A diagnose seria reservada apenas à formação de médicos especializados em medicina física e a outra parte, a terapêutica, seria destinada à formação dos “reabilitadores” (ibid., p. 31). Nessa lógica, caberia ao médico realizar o diagnóstico e a prescrição do tratamento na área de reabilitação e ao fisioterapeuta, realizar o tratamento diretamente junto ao paciente.

Ao concluir o primeiro capítulo de seu livro, amplamente utilizado na formação dos fisioterapeutas da ABBR, o autor, em uma espécie de revisão histórica e conceitual do ponto de vista do médico sobre a profissão de fisioterapeuta, procura classificá-la como “reabilitadores à maneira de técnicos existentes”, tais como “técnicos de laboratório, raios X, enfermeiros, massagistas, técnicos de anatomia patológica e muitos outros”. E, concluindo, define que a área de atuação do fisioterapeuta “tornou-se um ramo tão vasto e tão importante” que justifica ser ministrado por técnicos especializados, pois, segundo ele, “é uma especialidade que foge da alçada do ortopedista e do clínico, como o é também, inteiramente distinta do massagista” (ibid., p. 35 e 36).

Outro documento importante para análise é o Código de Ética do Técnico em Reabilitação da ABBR. Dos dezoito itens que descrevem princípios gerais, responsabilidades do técnico perante o médico, em relação ao paciente e com os seus pares e demais empregados, nove itens descrevem proibições ou relações de dependência com o médico. Além de algumas frases mais gerais como “esforçar-se permanentemente por aprimorar seu conhecimento” ou pela obrigação de “devotamento ao maior bem-estar do paciente”, a tônica do código de ética parecia ser outra. (Código de ética..., 195?, p.1-3)

Em grande parte do Código de Ética existiam principalmente as limitações, muito bem demarcadas, através dos seguintes itens: aplicar técnicas profissionais “somente sob específicas e adequadas orientações médicas”; “em nenhuma hipótese o técnico” deverá assumir responsabilidades de diagnóstico e prescrição do tratamento das lesões; o técnico só poderá iniciar o tratamento após “obter do médico informações precisas sobre o diagnóstico”; o “técnico não fará nenhum

tratamento além da data marcada” pelo médico; o “técnico receberá do médico” instruções sobre o término do tratamento; o técnico evitará atitudes que possam “ser interpretadas pelo paciente como críticas ao médico”; somente “o médico pode informar sobre o prognóstico” do paciente; sugestões de “natureza médica” são exclusivas dos médicos; a clientela dos técnicos “só poderá se constituir de pacientes encaminhados por médicos”, sendo proibida qualquer forma de publicidade e, “em hipótese alguma”, o técnico poderá ministrar o ensino da reabilitação individualmente (ABBR, 195?, p.1-3)

Pelas notícias em jornal, pelos diferentes documentos da ABBR e também nos livros utilizados no curso, é possível perceber a preocupação em restringir a atuação do fisioterapeuta, especialmente com relação à atuação dos médicos. Seriam reabilitadores, seriam semelhantes a enfermeiros, médicos ou educadores físicos; seriam recuperadores funcionais, técnicos de reabilitação, técnicos de fisioterapia, cinesiólogos, fisioterapistas ou simplesmente fisioterapeutas? Tais indefinições acompanharam a formação na ERRJ até o reconhecimento do curso, em 1965, como se verá mais adiante.

Professores e currículo

O currículo oferecido para a formação dos fisioterapeutas na ERRJ sofreu diversas alterações desde a sua concepção inicial em 1956 até o reconhecimento do curso, em 1965. Em 1957, o Manual do Aluno definia os cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional como de nível universitário, com duração de três anos em horário integral. Esse documento acrescentava ainda que o curso era ministrado por médicos e técnicos de renome, “não só de brasileiros como estrangeiros” e que as aulas teóricas e práticas eram oferecidas no centro de reabilitação da ABBR, nos hospitais da cidade ou ainda em “qualquer outro lugar

onde se fizerem necessários para um melhor aproveitamento técnico dos alunos” (Manual do aluno, 1957,p.2)

No currículo do curso de Fisioterapia, o primeiro ano do curso tem uma organização “de modo que os alunos recebam uma instrução básica essencial” (*ibid*, p.2). Os alunos tinham duas disciplinas práticas, teoria da massagem e ginástica médica e sete disciplinas teóricas, conforme apresentado nesta tabela.

Aulas teóricas	Carga Horária
Anatomia e Fisiologia	75
Cinesiologia	50
Patologia	50
Teoria da Reabilitação	25
Psicologia	25
Física	25
Inglês	50

Ilustração 14. Tabela com as disciplinas teóricas do primeiro ano do curso de fisioterapia da ERRJ. Adaptado do Manual do Aluno, ABBR, 1957.

No segundo ano, o curso era organizado com “aulas de natureza teórico-práticas”. As aulas eram ministradas no Centro de Reabilitação e em diferentes hospitais da cidade, “de modo a que os alunos recebam noções clínicas e práticas dos diferentes casos tratados nas aulas”. Nesse ponto, o currículo possuía cinco disciplinas práticas e onze disciplinas mais teóricas. A distribuição das disciplinas ao longo do segundo ano de curso era feita da seguinte forma:

AULAS PRÁTICAS	Testes articulares Testes musculares Reeducação muscular Manipulação Mobilização
AULAS TEÓRICAS	Carga horária
Clínica Médica	30
Neurologia	30
Traumatologia	30
Ortopedia	30
Clínica Cirúrgica	30
Psiquiatria	30

Reumatologia	30
Pediatria	30
Oto Rino Laringologia	8
Dermatologia	8
Ginecologia Obstetrícia	8

Ilustração 15. Tabela com as disciplinas teóricas do primeiro ano do curso de fisioterapia da ERRJ. Adaptado do Manual do Aluno, ABBR, 1957.

No terceiro e último ano, a formação era feita principalmente no Centro de Reabilitação, “sob controle dos professores e técnicos”. Os alunos tinham como atividades teóricas somente as disciplinas de "Elementos de enfermagem na Reabilitação", "Elementos de serviço social na reabilitação" e "Conferências eventuais". As aulas práticas ocupavam a maior parte do terceiro ano, com as seguintes disciplinas: ginástica médica, eletroterapia, hidroterapia, massagem, reeducação, manipulação, mobilização, marcha, aparelhos e mecanografia. (ABBR, 1957, p.5-6)

No manual do Candidato, eram apresentados como Presidente do Conselho Técnico da ERRJ e Diretor dos Cursos, respectivamente, Dr. Oswaldo Pinheiro Campos e Dr. Jorge A. de Barros Faria. O quadro de disciplinas do curso de fisioterapia e seus respectivos professores foram apresentados da seguinte maneira (ibid., p.7):

Anatomia	Drs. Pedro B. O. Netto e Brasílio Caiado
Cinesiologia	Dr. Antônio Caio do Amaral
Clínica Médica	Dr. Pedro Nava
Desenvolvimento Criança	Dr. Mario G. da Fonseca
Dermatologia	Dr. Aguinaldo P. Rego
Enfermagem	Alcina Cabo Mattos
Física	Prof. Pierre Lucio
Fisioterapia	Miss Edith Helen Mc Connell
Ginástica Médica	Prof. Miguel A. Vieira e Marcelo Alves de Abreu
Ginecologia e Obstetrícia	Dr. Luiz Guimarães
Inglês	Profa. Laia Cantalico Medeiros
Massagem	Miss Edith Helen Mc Connell
Neurologia	Dr. Nelson Dunhem Filho
Ortopédia	Dr. Oswaldo Pinheiro Campos
Otorrinolaringologia	Dr. Roberto da Rocha
Patologia	Dr. Pedro Nava
Pediatria	Dr. Mario Gonçalves da Fonseca

Psicologia	Profa. Maria Helena Novaes
Psiquiatria	Dr. Edmundo Haas
Reumatologia	Dr. Hilton Seda
Traumatologia	Dr. Jorge A. de Barros Faria
Serviço Social	Zeny Miranda

Ilustração 16. Tabela com a listagem dos primeiros professores e suas disciplinas. Adaptação do Manual do Aluno, 1957 (Acervo ABBR).

Para a formação das primeiras turmas, além de médicos e outros profissionais disponíveis na cidade do Rio de Janeiro, foram convidadas duas fisioterapeutas estrangeiras. A primeira foi a fisioterapeuta escocesa Edith Mc Connell que, por não falar português, teve suas aulas traduzidas por uma das alunas, Wanda Lechowski. A outra fisioterapeuta foi a canadense Ann Winter, contratada logo depois, que teve também uma participação importante na reformulação dos atendimentos na ABBR (Figueirôa, 1996, p.58).

Nós tivemos uma professora canadense, Miss. Mc Connell – já faleceu – Foi ela que nos deu todo o aparato que nós precisávamos para o acabamento da cinesioterapia, massoterapia e hidroterapia, porque o centro já estava todo formado, tinha as banheiras, tinha tudo lá. (...) No terceiro ano vieram duas canadenses, uma terapeuta ocupacional e outra fisioterapeuta para ajudar complementar todo o curso, tudo o que faltava para nós – Miss Winter e Miss. Brauhn. Nossa, que espetáculo! Aí toca a estudar inglês depressa. Nós tivemos que estudar inglês e elas, português. Então, foram aulas assim... (Odiléa Alves, depoimento oral, p.8-9)

Quase dois anos antes da primeira turma de fisioterapia da ERRJ iniciar suas aulas, Edith MacConell já estava no Rio de Janeiro, trabalhando com o Dr. Oswaldo Pinheiro Campos no Hospital dos Estrangeiros (Figueirôa, 1996, p.57). Edith, além de professora da ERRJ, permaneceu exercendo atividade clínica na cidade, tendo seu nome citado na biografia do senador e empresário Assis Chateaubriand que, após uma trombose cerebral em 1960, recebia tratamento diário da fisioterapeuta (Moraes, 1994).

Aos professores fundadores, juntaram-se novos professores e, posteriormente, alguns poucos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais egressos das primeiras turmas da própria Escola começaram a dar aulas no curso como auxiliares de ensino. Além das duas fisioterapeutas, quase todos os demais professores eram médicos, à exceção de psicologia, serviço social, física, enfermagem e inglês (Soares, 1987, p.4). Até o momento do reconhecimento do curso, em 1965, diversos professores passaram pela ABBR.

Um dos professores de grande importância para a ERRJ foi o Dr. Oswaldo Pinheiro Campos. Já citado nos capítulos anteriores por sua longa experiência no atendimento de crianças com poliomielite no Hospital Jesus e por seu protagonismo internacional. Dr. Oswaldo presidiu o Conselho Técnico da Escola e foi Diretor da ERRJ após a gestão do Dr. Jorge Faria. Como professor, Oswaldo Campos era responsável pela disciplina de Ortopedia, depois transformada na disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ortopedia.

Além do Manual do Aluno, com orientações gerais aos alunos ingressantes na ERRJ, havia outro documento de grande relevância para a compreensão de como era a formação das primeiras turmas da ERRJ. Trata-se do “Regimento Interno da Escola de Reabilitação da ABBR”, de 1958, com vinte e duas páginas detalhando o funcionamento da Escola e dos cursos de formação.³²

O Regimento Interno

Os artigos primeiro e segundo do Regimento Interno da ERRJ tratam da natureza da Escola, ressaltando seu caráter beneficente, filantrópico e sem finalidade lucrativa e destacam entre suas finalidades:

³² O documento pertence ao acervo pessoal de Maria Antonia Pedrosa Campos, sendo gentilmente cedido para a realização deste trabalho.

- a) ministrar, nos termos da legislação federal, conhecimentos técnicos, práticos e objetivos para a formação de LICENCIADOS EM REABILITAÇÃO;
- b) preparar candidatos ao exercício das profissões de FISIOTERAPÊUTAS E TERAPÊUTAS OCUPACIONAIS;
- c) realizar pesquisas nos setores da ciência que constitui objetivo deste ensino;
- d) colaborar com instituições congêneres, oficiais ou livres, nacionais ou estrangeiras. [grifos do original] (Regimento interno, p.1, 1958)

A formação dos “Licenciados em Reabilitação” era uma proposta da ERRJ, especialmente em virtude da falta de professores especializados para atuar na própria Escola. Tal curso, no entanto, jamais foi posto em prática. Em seu artigo terceiro, constam os três cursos que deveriam ser oferecidos pela Escola: bacharelado em fisioterapia, bacharelado em terapia ocupacional e licenciatura em reabilitação. Além destes cursos, a Escola previa a possibilidade de realização de cursos de extensão, livres, de aperfeiçoamento e outros (Regimento interno, p.1, 1958)

Sobre o financiamento da Escola, o artigo quarenta e oito do Regimento prevê as seguintes fontes de renda: rendas da ABBR, taxas escolares de qualquer natureza, venda de programas e outros impressos da Escola, subvenções dos poderes públicos e donativos e legados (ibid., p.10). O artigo cento e vinte e nove do mesmo regimento refere-se à previsão de um “número percentual de alunos que gozarão de matrícula gratuita e isenção da taxa de frequência”. A definição de qual seria o percentual de bolsas de estudo estaria a cargo do Conselho Técnico Administrativo, de acordo com a capacidade financeira da Instituição (ibid., p.21).

Sobre o curso de fisioterapia oferecido pela Escola, o artigo sétimo do Regimento Interno oferece a seguinte definição:

Artigo 7º – O CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA com duração de três séries, tem por fim formar PROFISSIONAIS EM FISIOTERAPIA, denominados FISIOTERAPÊUTAS – dotados dos conhecimentos necessários à compreensão, investigação e interpretação das causas e dos efeitos biológicos da fisioterapia como agente colaborador, para dar ao lesionado o máximo de sua capacidade residual, com competência para sugerir modificações nas dosagens dos diferentes agentes físicos utilizados, e com a faculdade para compreender o sentido social da especialidade e o seu papel na reabilitação e valorização do homem. (Regimento interno, p.2, 1958)

Essa definição é a mesma utilizada no livro do professor Antonio Caio do Amaral, já discutida anteriormente. De acordo com o Regimento, as disciplinas consideradas como fundamentais e as disciplinas clínicas especializadas a serem oferecidas no primeiro ano do curso seriam: anatomia descritiva, cinesiologia clínica, massoterapia, termoterapia, patologia médica, psicologia aplicada à reabilitação, fundamentos da reabilitação, clínica ortopédica e clínica traumatológica. Na parte da tarde, seriam ministradas as disciplinas e, na parte da manhã, seriam realizados os trabalhos práticos dos alunos no Centro de Reabilitação. A frequência dos alunos no Centro de Reabilitação desde o primeiro ano do curso era obrigatória, com a finalidade de “pôr os alunos em contato com os pacientes”. No Centro de Reabilitação os alunos eram “iniciados na prática de exame dos pacientes, na aplicação da fisioterapia, massoterapia, etc...” (ibid., p. 2).

No segundo ano do curso, as disciplinas fundamentais e clínicas especializadas eram: anatomia descritiva, fisiologia humana, cinesiologia clínica, cinesioterapia, hidrobalneoterapia, crenoclimatoterapia, psicopatologia, clínica médica, clínica neurológica, clínica reumatológica e clínica psicossomática. No segundo ano, seriam “intensificados os trabalhos práticos no Centro de Reabilitação iniciados no primeiro ano letivo” e no terceiro ano (terceira série), a característica principal do curso era o “estágio obrigatório e intensivo” realizado nos diversos “Departamentos, Sessões e Dependências” do Centro de Reabilitação da ABBR (ibid., p. 3 e 4).

O Regimento prevê, ainda, a oferta de disciplinas e atividades supletivas com a finalidade de “completar o aperfeiçoamento do aluno” como, por exemplo, as disciplinas de Inglês, Educação Física, Assistência Social, Enfermagem, Foniatria e Dicção, Mímica e Clínicas Especializadas Supletivas.

Segundo o Regimento Interno, a formação de Licenciado em reabilitação, teria a duração de um ano, com a finalidade de formar “Assistentes Técnicos dotados de conhecimentos necessários ao ensino das disciplinas da Escola, ficando sempre sob a orientação do professor que esteja regendo a cadeira”. O aluno do curso de “Licença em Reabilitação” deveria cursar as disciplinas de psicologia educacional, fundamentos e técnica da orientação educacional e profissional, estatística aplicada à reabilitação, didática e técnicas da reabilitação, e, além disso, deveria “ficar agregado à cadeira que escolher para licenciar-se, devendo desenvolver trabalho de ensino, auxiliando diretamente o professor em exercício” (ibid., p.5).

Existem algumas diferenças de disciplinas entre o que era apresentado no manual do candidato, em 1957, e o que previa o Regimento Interno da instituição, em 1958. Algumas disciplinas como clínica ortopédica e clínica traumatológica passariam a ser oferecidas, segundo o Regimento, já no primeiro ano de curso. Anatomia seria oferecida no primeiro e também no segundo ano do curso, e fisiologia estaria somente no segundo ano, separada de anatomia. No segundo ano, haveria a criação da disciplina de cinesioterapia, não prevista anteriormente no Manual do Candidato.

Cada disciplina do curso de bacharel em fisioterapia, apresentada no Regimento Interno da instituição, possuía a descrição de seus objetivos de ensino específicos (ANEXO 3). As disciplinas apresentadas, incluídas as clínicas especializadas, somavam um total de dezenove diferentes programas, isso sem contabilizar pelo menos sete disciplinas supletivas previstas. A grande diversidade dos conhecimentos previstos, pelo que se percebe em algumas disciplinas, deveria estar centrada nos principais casos tratados no Centro de Reabilitação da ABBR. Isso fica claro nos objetivos das disciplinas de anatomia descritiva e

patologia médica, sendo o de anatomia descritiva apresentado nos seguintes termos:

Dotar o aluno dos conhecimentos sobre a constituição do corpo humano, sendo o estudo de determinados aparelhos, sistemas e órgãos mais detalhados, em virtude de serem mais frequentemente atacadas por moléstias invalidantes, passíveis de tratamento no nosso Centro de Reabilitação. (Regimento interno, p.11, 1958)

Para a disciplina de patologia médica, também oferecida no primeiro ano de curso, o objetivo de ensino também definia os conteúdos em função do atendimento no Centro de Reabilitação, como segue:

Dotar o aluno de conhecimentos sobre os elementos patógenos que interferem no comprometimento orgânico geral, visando mais aqueles que ocasionam as afecções e doenças mais frequentemente tratadas em nosso Centro. (Regimento interno, p.12, 1958)

No Capítulo IX do Regimento Interno, o artigo cento e dezenove define os diplomas que deverão ser concedidos pela Escola. Ao concluinte do curso de “Bacharel em Fisioterapia” deveria ser concedido o diploma de bacharel em fisioterapia, valendo a mesma lógica para o curso de terapia ocupacional (bacharel em terapia ocupacional) e diploma de licença em reabilitação para aquele que tiver concluído o “Curso de Licença em Reabilitação” (ABBR, 1958, p. 19). Nos primeiros parágrafos do mesmo artigo, o regimento esclarece que o diploma de bacharel em fisioterapia habilita o portador a exercer a profissão de fisioterapeuta, sendo que o direito ao exercício da profissão somente será válido “após o registro do título na repartição competente do Ministério da Educação e Cultura”. Acrescenta ainda que os Fisioterapeutas poderão ser aproveitados na categoria de “auxiliar de fisioterapia” em serviços oficiais ou privados, “tendo em

vista que a direção destes serviços requer sempre a orientação de médico devidamente capacitado” (ibid.).

Concluindo a análise do Regimento da ERRJ, em suas disposições transitórias, o artigo cento e trinta e cinco, ressalta que a duração dos cursos é de três anos, mas que, “em face da absoluta falta de profissionais em Reabilitação, nos dois primeiros Cursos, a duração será de apenas dois (2) anos” (ibid., p.22). O artigo cento e trinta e sete determina que todas as disciplinas “fundamentais e de clínicas especializadas” só poderão ser exercidas por médicos “devidamente capacitados e familiarizados com o problema da reabilitação dos lesionados”, à exceção, no curso de fisioterapia, apenas para a disciplina de psicologia. O último artigo define que os fisioterapeutas egressos da ERRJ, que também tenham diploma de professores de nível superior em escolas de filosofia, educação física e outras, serão “automaticamente” considerados assistentes técnicos (professores auxiliares), bastando para isso submeter-se a um “estágio de um ano na cadeira que escolher para seu licenciamento”.

Em 1962, um novo catálogo da ABBR trazia novas alterações no corpo docente e em algumas disciplinas do curso de fisioterapia (Catálogo..., 1962):

Anatomia	Drs. Pedro B. O. Netto e Alexandrino Silva Ramos Filho
Cinesiologia	Drs. Antônio Caio do Amaral e Maurício Sathler
Clínica Médica	Dr. Orlando Massa Fontes
Enfermagem	Alcina Cabo Mattos
Física	Dr. Elvio Fuser
Fisioterapia	Da. Odiléa Alves de Souza
Ginástica Médica	Prof. Miguel A. Vieira
Massagem	Sr. Nelson Ubaldo Mendes
Clinica Neurológica	Dr. Ary Borges Fortes
Clinica Ortopédica	Dr. Oswaldo Pinheiro Campos
Patologia	Dr. Hilton Seda
Psicologia	Profa. Maria Helena Novaes
Clínica Psicossomática	Dr. Edmundo Haas
Clinica Reumatológica	Dr. Pedro Nava
Clinica Traumatológica	Dr. Jorge A. de Barros Faria
Teoria da Reabilitação	Dr. Hilton Baptista
Foniatría	Dr. Pedro Bloch
Doenças Vasculares Periféricas	Dr. Antonio Luiz Medina
Prótese	Dr. Donatelo Sparveli
Deontologia	Dr. Paulo Arthur Pinto da Rocha
Noções de Enfermagem	Da. Edilburga Pereira

Ilustração 17. Tabela com listagem dos professores e suas disciplinas, de acordo com Regimento Interno da ERRJ. Adaptado de ABBR, 1962.

Comparativamente ao currículo de 1957, foram incluídas novas disciplinas como foi o caso da Foniatria, ministrada pelo professor Pedro Bloch; a disciplina de Doenças Vasculares Periféricas, sob responsabilidade do professor Antonio Luiz Medina; Prótese, pelo professor Donatelio Sparveli; Deontologia, com o professor Paulo Arthur Pinto da Rocha e a disciplina de Noções de Enfermagem, sob responsabilidade da professora Edilburga Pereira.

Foram retiradas do currículo, as disciplinas de Dermatologia, Desenvolvimento da Criança, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Inglês, Pediatria e Serviço Social. Algumas disciplinas tiveram alterações no nome, como foi o de Traumatologia, Reumatologia, Ortopedia e Neurologia que passaram a denominar-se, respectivamente, de Clínica Traumatológica, Clínica Reumatológica, Clínica Ortopédica e Clínica Neurológica. A disciplina de Psiquiatria também mudou de nome para Clínica Psicossomática.

Diversas disciplinas tiveram mudanças de professores, como as de Patologia, Física, Clínica Médica, Clínica Reumatológica e Clínica Neurológica. Dois fisioterapeutas formados pela própria ERRJ passaram à condição de professores: Odiléa Alves de Souza, formada em 1958, que assumiu a disciplina de Fisioterapia no lugar de Edith Mc Connell e Nelson Ubaldo Mendes, formado em 1961, que passou a ministrar a disciplina de Massagem, também no lugar da fisioterapeuta Mc Connell, que deixou a ERRJ.

Além das disciplinas cursadas pelos alunos, um item de grande importância para a formação foram as atividades clínicas práticas, incluindo o período de estágio. Com relação à primeira turma (com formação de dois anos), grande parte do estágio dos alunos ocorreu ainda no Serviço de Convalescentes do Hospital Jesus. Os alunos acompanhavam principalmente as “avaliações e tratamentos, ministrados pelo ortopedista Oswaldo Pinheiro Campos” (Figueirôa, 1996, p.59).

O treinamento dos alunos no Centro de Reabilitação

A partir de sua fundação, o Centro de Reabilitação da ABBR tornou-se o principal campo de estágio de todas as turmas formadas pela ERRJ. Em trabalho apresentado durante o XII Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, o Diretor do Centro de Reabilitação da ABBR, Hilton Baptista, destaca as dificuldades de implantação do Centro, ressaltando a necessidade de “profissionais altamente especializados, muitos equipamentos e longo tempo de tratamento”; isso, de acordo com ele, se traduzia em custos elevados. Baptista ressaltou também a especificidade da instituição em virtude da “dificuldade em se planejar um centro de reabilitação em nosso meio, contando apenas com recursos de natureza privada”. Nesse trabalho, o autor esclarece algumas das influências no planejamento do Centro de Reabilitação da ABBR. (Baptista, 1958, p.1).

(...) no planejamento do centro de reabilitação nº 1 da ABBR, procuramos empregar a experiência adquirida durante o nosso curso na Universidade de Toronto (Baptista, 1958, p.1)

De acordo com o organograma apresentado pelo Dr. Hilton Baptista, o primeiro centro de reabilitação da ABBR estava organizado em torno de seis departamentos: Administrativo, Serviço Social, Médico, Terapia, Vocacional e Profissional, Obras e Planejamento. Ao departamento de Terapia estavam ligados os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia médica, esportes e recreação terapêutica e a eles estavam subordinadas as unidades especializadas de mutilados e prótese, atividades diárias, paralisia cerebral, e paraplégicos (Baptista, 1958, p.2).

Os estudantes de fisioterapia e de terapia ocupacional atendiam, sob supervisão, a quase todos os casos do Centro de Reabilitação. Maria Antônia, entrevistada para esta pesquisa em razão de seu trabalho como secretária da

ERRJ, também foi paciente do Centro de Reabilitação da ABBR, relatando suas experiências.

Eu tinha sofrido um acidente de laboratório, tive queimadura grave na mão e fui para a ABBR para me recuperar. Eu tinha passado dois anos num hospital internada, quando voltei para casa uma das minhas grandes preocupações era voltar a recuperar a minha parte funcional, que eu tinha perdido, e voltar a trabalhar. E a ABBR naquela ocasião anunciava a inauguração de um grande centro que ia trazer um tratamento renovador de reabilitação para o Rio de Janeiro. Me inscrevi como um dos primeiros pacientes e comecei a fazer o tratamento assim que o centro de reabilitação foi inaugurado. Comecei a fazer meu tratamento na fisioterapia e depois eu fui para a terapia ocupacional. Eu vi muito paralisia infantil, demais (...) amputados, pacientes com sequelas de AVC também tinha... Muitos amputados, tinha até amputados de 4 membros, tinha um lá. (Maria Antônia, depoimento oral, p.2-4)

O Centro de Reabilitação exerceu forte influência não apenas nas disciplinas curriculares do curso, como visto anteriormente, mas principalmente na atuação prática dos estudantes da ERRJ no período de estágio, assim como no exercício profissional dos egressos. Além das vítimas da pólio, o grande número de amputados no Centro de Reabilitação era também uma característica do atendimento no INAR, em São Paulo, como visto no final do primeiro capítulo deste trabalho. O gráfico abaixo revela, em números, a quantidade de atendimentos realizados no Centro de Reabilitação entre os anos de 1957 e 1961.

Atividades/Ano	1957	1958	1959	1960	1961
Pacientes admitidos tratamento	45	236	218	295	409
Consultas Médicas	128	318	913	1036	1290
Tratamentos realizados	2091	31617	40296	41260	41418
Entrevista Serviço Social	612	909	1205	1491	1780
Próteses doadas	-	6	12	-	48
Pacientes empregados S. Social	-	4	7	9	12

Ilustração 18. Tabela com número de atividades por tipo de atendimento, de 1957 a 1961. ABBR, 1962B (Acervo ABBR).

Dos dados apresentados na tabela, vale destacar, pela grande variação, o item “tratamentos realizados” que, de 1957 para 1958, saltou de 2.091 para 31.617 tratamentos, e, em três anos, foi ampliado para 41.418 . Entendendo os tratamentos realizados, principalmente como atendimentos feitos pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, é possível perceber o grande incremento no volume de atendimentos realizados pelas equipes de profissionais e estagiários que atuavam no Centro de Reabilitação.

Capítulo 6: Reconhecimento do curso e da profissão

Porque eram duas coisas que os alunos quando terminavam eles exigiam com toda razão. Uma era o diploma ser reconhecido para que eles pudessem entrar no mercado de trabalho (...) E a outra discussão depois era do reconhecimento da profissão, porque realmente tinha necessidade do reconhecimento da profissão para estabelecer o horário e carga horária de trabalho, salário mínimo, aquelas coisas... (Maria Antônia, depoimento oral, p.14)

A preocupação com o exercício profissional dos egressos aparecia em diversos artigos do Regimento Interno da ERRJ e estava diretamente ligada ao registro dos diplomas no Ministério da Educação e Cultura. Mas como registrar diplomas no Ministério se a própria Escola não era reconhecida oficialmente? E mais, como prever o que poderia acontecer com os egressos, ao serem formados para uma profissão que não era regulamentada pelo Estado brasileiro?

Este capítulo trata do processo de reconhecimento do curso de fisioterapia da ERRJ como parte de um projeto maior de regulamentação da profissão de fisioterapeuta no país. Todo esse processo, que foi em parte protagonizado pela diretoria da Escola de Reabilitação e por outra parte pela Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara (AFEG), desenvolveu-se ao final dos anos de 1950 e, principalmente, ao longo da década seguinte. Serão analisados o funcionamento da AFEG, suas principais atividades e a sua relação com a ABBR, ERRJ, ABF, políticos e militares. Serão discutidas também, em paralelo, as diversas tentativas de reconhecimento da profissão através do poder legislativo. Serão abordadas as idas e vindas do processo de reconhecimento da ERRJ no Conselho de Educação, culminando com o reconhecimento do curso em 1965 e o da profissão, em 1969.

Associações e mobilização pelo reconhecimento profissional

Os egressos das primeiras turmas da ERRJ foram os responsáveis pela criação de umas das primeiras entidades de classe da fisioterapia brasileira, a Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara (AFEG) em 1959. Dos dezesseis profissionais formados na primeira turma da ERRJ, em 1957, quatro deles participaram diretamente da fundação da AFEG. No mesmo ano, em São Paulo, já havia sido fundada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF). Segundo levantamento da ABF, em 1964, o Brasil possuía somente 300 fisioterapeutas para uma população de 70 milhões de habitantes (Sanchez, 1971, p. 8).

A página de número 1 do Livro de Atas I da AFEG registra a primeira reunião da entidade no dia 17 de dezembro de 1959. Nesta reunião, “convocada para tratar da instituição da associação” fica claro um dos mais importantes objetivos da associação:

A associação deverá tomar para si a responsabilidade do problema que concerne à valorização do Fisioterapeuta, principalmente na parte salarial. (Livro de atas I, p.1).

E não poderia ser outra a motivação dos fisioterapeutas da época em se reunir e criar uma associação. A valorização do fisioterapeuta incluía o reconhecimento dos diplomas e da própria profissão, além de remuneração adequada e reposição de perdas salariais em tempos de inflação alta. A partir de 1951, a inflação mostrava uma tendência de alta, o que se acelerou ainda mais depois de 1959, atingindo taxas de 80% ao ano no início da década de 1960. No Rio de Janeiro, diversas categorias realizaram movimentos de greves por melhores salários. Em 1959, por exemplo, foram realizadas 32 greves; em 1960, 35 greves e em 1961, 56 greves. (Mattos, 2004, p.242-245)

Em setembro de 1960, em reunião realizada, como de costume, nas dependências da ABBR, foram eleitos e empossados os componentes da primeira diretoria da associação, sendo discutido e aprovado também o primeiro estatuto da AFEG. Dentre as finalidades estatutárias da associação constam, entre outras: colaborar para o desenvolvimento científico e moral no exercício da profissão, estimular a cooperação entre os profissionais da classe, colaborar para que a fisioterapia seja exercida por profissionais devidamente qualificados e, finalmente, colaborar com a Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação (SBMFR) e demais entidades que se relacionam com o ramo da fisioterapia (Livro de atas I, p.7).

Percebe-se, dentre as finalidades da AFEG, uma tentativa de aproximação da associação com os médicos ligados à SBMFR. Tal fato ocorreu de maneira semelhante com a ABF. Sanchez (1971, p.31), ao apresentar algumas das “realizações fisioterapêuticas no Brasil”, ressalta que a ABF, em 1962, havia sido reconhecida pela Associação Médica Brasileira como “instituição legal que atua dentro dos princípios éticos e que congrega os fisioterapeutas do Brasil”.

No primeiro estatuto da ABF, consta em sua página de apresentação a seguinte expressão: "Estatutos sociais da Associação Brasileira de Fisioterapeutas - Reconhecida pela Associação Médica Brasileira". E no artigo terceiro, sobre as finalidades da entidade, há outra referência à profissão médica e a necessidade de divulgação da profissão:

Promoverá uma campanha intensiva junto aos estabelecimentos hospitalares, centros, institutos fisioterápicos ou reabilitação, com o fito de tornar conhecida e valorizada a colaboração dos fisioterapeutas à classe médica e no setor de reabilitação. (ABF, p.1, 1962)

A busca de apoio na categoria médica não era, no entanto, uma constante. O primeiro número da revista da ABF, publicada no final de 1962, traz em seu editorial, uma posição forte sobre as tentativas de controle da fisioterapia por

setores da profissão médica. Membros da diretoria da ABF pregavam, naquele momento, o direito à autodeterminação:

(...) O Fisioterapeuta não pode continuar por mais tempo, desorientado e indiferente, frente ao seu problema vital: conhecer bem os seus direitos e obrigações (...) a confusão é tão profunda, que muitas vezes não se percebe, ou não se quer perceber, absurdos, substituindo a lógica do direito. Verificam-se assim, intromissões incompreensíveis de certos círculos sobre outros que ainda estão em fase de desenvolvimento, negando-se-lhes assim, a capacidade de dirigirem seus assuntos 'Motu Próprio' (...) Deve-se extinguir para sempre, a falsa paternidade de constituírem-se indevidamente em advogados de terceiros. O direito à soberania individual e profissional é inviolável. Defendendo e usando desse direito, nos encontramos perfeitamente aptos e capacitados para traçar o futuro da profissão de Fisioterapeutas, de acordo com a evolução dos países mais adiantados. (...) deixamos, já faz tempo, a menoridade tutelar, e por isto, da mesma maneira que respeitamos os direitos dos outros, exigimos intransigentemente, defender o que nos pertence. O Fisioterapeuta de hoje, como o do futuro, não é mais o profissional de 10 anos atrás. (ABF, 1962)

O texto do editorial é uma resposta às barreiras encontradas pelos fisioterapeutas e suas entidades representativas na década de 1960 em busca do reconhecimento profissional pelo Estado. Evitando citar nomes, a ABF faz a defesa da autonomia da categoria profissional e usa, como exemplo a ser alcançado, o padrão de desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas nos países "mais adiantados".

Do ponto de vista, vamos dizer, da medicina, Sociedade Brasileira de Medicina, Reumatologia, todas essas sociedades foram líderes em arrasar com os nossos cursos. (...) "Você é fisioterapeuta?" "O que é isso?" "O que você faz?" "Uma massagista melhorada", eu fui chamada muitas vezes: "Eu sou melhoradíssima porque eu tenho curso universitário, que tal trabalhar comigo?" É, eu enfrentei muita gente, levei muita corrida, mas também briguei muito. (Odiléa, depoimento oral, p. 17)

Em novembro de 1964, foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, na cidade do Rio de Janeiro. Promovido pela ABF, o evento contou com a colaboração da Confederação Mundial de Fisioterapia, das associações de Fisioterapia dos Estados Unidos, Dinamarca, Alemanha, Israel, Nova Zelândia, Austrália, Suíça, Colômbia, Chile e Uruguai, além do apoio também de diversos centros de reabilitação de São Paulo e do Rio de Janeiro. O embaixador Assis Chateaubriand foi escolhido presidente de honra do congresso. Foram homenageadas as seguintes personalidades: Carlos Lacerda, Governador da Guanabara; Raymundo Brito, Ministro da Saúde; Edmundo Monteiro, diretor-presidente dos Diários e Emissoras Associados de São Paulo; Robin Smith, consultor de reabilitação da OMS; Godoy Moreira, diretor do Instituto de Reabilitação da USP; Jorge Faria, diretor da ERRJ; Nelson Caires de Brito, diretor médico dos Diários Associados de São Paulo; Renato da Costa Bonfim, membro do conselho da International Society for Rehabilitation of Disabled; Roberto Taliberti, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação; e Jack Hofkosk, diretor do Serviço de Fisioterapia do Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade de Nova Iorque. (Folder do I Congresso..., 1964)

Durante o evento, foram realizadas palestras internacionais e nacionais, visitas a centros de reabilitação, apresentação de trabalhos e mesas-redondas. Os congressistas participaram também de uma assembléia geral extraordinária marcada antecipadamente na programação, com o objetivo de discutir o projeto de lei para a regulamentação da profissão, entre outros assuntos. Durante o evento foram aprovadas doze "conclusões" ou recomendações do Congresso, sobre a fisioterapia no país. (Folder do I Congresso..., 1964)

Dentre as recomendações aprovadas, merecem destaque: pedido de urgência para que o Congresso aprove o projeto de lei que regulamenta a profissão; elevação da remuneração dos fisioterapeutas, a fim de diminuir o elevado percentual de abandono da profissão; proibição dos cursos de auxiliares de fisioterapia e aumento do número de vagas nas escolas formadoras de fisioterapeutas; criação de cursos de pós-graduação na área específica; maior dedicação dos fisioterapeutas à pesquisa científica; padronização em todo o país

da denominação de Fisioterapeuta; execução da fisioterapia apenas por fisioterapeutas e médicos; melhoria no entrosamento entre o médico e o fisioterapeuta. (Folder do I Congresso..., 1964)

As conclusões do congresso apontavam claramente para os objetivos prioritários dos profissionais naquele momento. Em primeiro lugar, estava a necessidade de que o Estado reconhecesse oficialmente a existência da profissão de fisioterapeuta no país, não de técnicos, auxiliares ou outra denominação qualquer. Os profissionais daquela época desejavam, acima de tudo, sua regulamentação como fisioterapeutas, profissionais de nível superior.

A Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara

Após aprovados os estatutos da AFEG, foi feita a eleição, em assembléia geral, de sua primeira diretoria. No dia 22 de setembro de 1960 tomaram posse os primeiros fisioterapeutas diretores da AFEG: Miguel Alves Vieira (Presidente), Carlos Alberto Esteu Tribuzy (Vice-Presidente), Marlene Aguiar Vieira (Primeiro secretário), Wanda Lechowski (Segundo secretário), Eraldo Pamplona Xavier de Brito (Primeiro tesoureiro) e Odiléa Alves de Souza (Segundo tesoureiro). (Livro de atas I, p.12).

A diretoria da entidade e alguns outros colaboradores, todos ex-alunos da ERRJ, passaram a empreender diversos esforços na direção da valorização e do reconhecimento da profissão. Do final de 1960 até agosto de 1962, período de registro do Livro de Atas I da AFEG, foram realizadas reuniões mensais, discutindo os mais diversos assuntos, tais como: casos de exercício ilegal da profissão, propostas de código de ética, questões salariais, preços de atendimento domiciliar, tramitações no Congresso Nacional sobre o reconhecimento da profissão e dos cursos de graduação em Fisioterapia, uniforme dos fisioterapeutas, símbolo da profissão, participação em congressos

médicos, pós-graduação, disputas com assistentes sociais, educadores físicos, massagistas e médicos.

Na reunião de 6 de outubro de 1960, foi discutida a participação de membros da AFEG na redação de um substitutivo ao anteprojeto de lei que tramitava na Comissão de Educação e Saúde da Câmara Federal. Tal anteprojeto tinha por objetivo criar "Escolas de Reabilitação no Brasil". (Livro de atas I, p.13).

Em 15 de abril de 1961, foi convocada reunião extraordinária da associação para deliberar sobre um suposto caso de atuação profissional por pessoa não qualificada. A denúncia foi encaminhada por telefone diretamente ao fisioterapeuta Miguel Alves Vieira, presidente da AFEG, por parte de um colega que trabalhava no Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek, em Brasília. Alegava-se que uma senhora sem formação em fisioterapia havia sido contratada para atender aos pacientes em detrimento de outros fisioterapeutas. Os fisioterapeutas que atuavam nesse centro de reabilitação ameaçavam se retirar do trabalho caso a senhora permanecesse, exercendo as funções de fisioterapeuta. A deliberação tomada pelos presentes à reunião da AFEG foi enviar uma carta ao diretor do referido centro de reabilitação, solicitando esclarecimentos sobre a situação da funcionária contratada. (Livro de Atas I, p.16-17).

A resposta de Brasília chegou também por carta, em maio de 1961. A carta do diretor do centro de reabilitação, segundo consta em ata, "enaltecia a atuação de nossa associação junto aos interesses da classe" e esclarecia que a funcionária contratada, objeto da denúncia, era somente responsável por um "curso de natação para pessoas sadias", cujo objetivo era arrecadar recursos para o centro de reabilitação. (ibid.,p.18).

Os participantes da AFEG se ocupavam de problemas não apenas domésticos ou restritos ao seu Estado, como por exemplo, aumentos salariais ou uniformes que deveriam ser utilizados pelos funcionários da ABBR, mas também por questões nacionais como projetos de lei e problemas na atuação de fisioterapeutas em outras cidades, como no caso de Brasília. Em 1961, os

membros da AFEG foram surpreendidos com a notícia da transformação da Associação de Fisioterapistas de São Paulo em Associação Brasileira de Fisioterapeutas, "já com estatutos aprovados e registrados, sem a participação dos elementos da Guanabara". (ibid., p.19)

Quem veio ao Rio de Janeiro explicar as razões da criação da ABF para os membros da AFEG foi o médico fisiatra inglês, representante da OMS e diretor do curso de fisioterapia do INAR, Robin Hindley-Smith. De acordo com ele, era preciso que fosse criada uma associação nacional de forma rápida para que se pudesse conseguir a afiliação junto à confederação mundial de fisioterapia. Essa foi a razão alegada para a transformação da associação paulista em uma nova entidade de âmbito nacional. Ao responder a uma pergunta feita pelo presidente do Diretório Acadêmico Fernando Lemos (DAFEL), em assembléia realizada na ABBR, Robin Smith passou a falar sobre a regulamentação das escolas de formação e o reconhecimento da profissão. (ibid.,p.21)

(...) (Robin Smith) disse que seria improdutivo e prejudicaria o reconhecimento de nossas escolas e conseqüentemente a filiação de nossos fisioterapeutas à Confederação Internacional caso insistíssemos na independência do fisioterapeuta, sem assistência médica no exercício da sua profissão, que esta medida somente viria a prejudicar a classe, pois lhe traria responsabilidades com as quais não poderiam arcar. De outra forma, trabalhando em estreita colaboração, o médico e o fisioterapeuta se beneficiariam mutuamente. (ibid., p.22)

Após a reunião com o representante da OMS, os membros da AFEG, em conversa com os representantes do diretório acadêmico da ERRJ (DAFEL), resolveram encaminhar "após grande discussão em torno do assunto" nova redação ao anteprojeto de lei proposto em colaboração com a ABBR para regulamentar a criação das escolas de reabilitação. A alteração seria no artigo dezessete, no qual deveria passar a constar o seguinte:

As atividades dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais somente poderão ser exercidas em estreita colaboração com o médico assistente, cabendo a esses profissionais avaliar e programar o tratamento. (ibid.,p.23)

A análise de cenário naquele momento, provavelmente não sem inúmeras discordâncias, levou os membros da AFEG a pensar que, para conquistar o objetivo maior da regulamentação da profissão de fisioterapeuta, seria preciso fazer concessões.

Eu sempre tinha pena dos fisioterapeutas, porque foi uma luta muito grande deles para se fazer reconhecer, pra ser gente. Por quê? Porque como era uma profissão muito ligada a medicina e havia alguns elementos que ficavam se fazendo de médicos, então isso causou uma certa animosidade com a classe médica. (...) Quer ver uma coisa que dava muita discussão era essa questão da indicação terapêutica. Isso era uma coisa que tinha muita discussão. Porque alguns médicos queriam mandar tudo assim, vamos dizer assim, por exemplo... "Eletroterapia, tantas sessões, tantas isso, tanto aquilo..." E eles se revoltavam porque achavam, com razão, porque eles achavam que aquilo era uma função, uma finalidade do terapeuta e não do médico. (Maria Antônia, depoimento oral, p.27)

A luta por mercado de trabalho e salários dignos levava os fisioterapeutas a constantes enfrentamentos com outras instituições e categorias profissionais, além da medicina. Este foi o caso da disputa com as assistentes sociais que pretendiam ministrar "cursos intensivos de reabilitadores" (Livro de Atas I, fl.18), com professores de educação física que desejavam "serem aproveitados" nos centros de reabilitação (Livro de Atas I, fl.29), e com pessoas que queriam se passar por fisioterapeutas possuindo "apenas o título de massagista" (Livro de atas I, p.33).

A diretoria da AFEG, no mês de julho de 1962, após tomar ciência de que um professor da ERRJ presidia uma comissão do Ministério da Educação com o intuito de oficializar os cursos de reabilitação no país, deliberou por convocar uma reunião extraordinária com a presença do professor para dar maiores explicações

sobre o andamento dos trabalhos da comissão. O encontro ocorreu no dia 4 de agosto de 1962, no salão de reuniões da ABBR, com a presença de representantes da ABF, DAFEL, do professor Massa Fontes (Comissão do MEC) e estudantes dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional da ERRJ. Foram debatidos temas como auxiliares de fisioterapia, formação de fisioterapeutas em nível universitário com cursos de 2, 3 ou 4 anos de duração e a terminologia adequada para o profissional em fisioterapia: fisioterapista (proposta da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação), fisioterapeuta (proposta da ABBR), ou técnico em reabilitação (proposta do INAR-USP). (Livro de Atas I, p.49).

Segundo consta em ata, o Dr. Massa Fontes agradeceu ao convite feito pela AFEG e "salientou a necessidade daquela reunião transcorrer num clima de ordem e num ambiente de camaradagem". Em seguida, o presidente da comissão enunciou todos os integrantes "mais representativos" da comissão de peritos do Ministério, em um total de cinco, todos médicos. Ao término da reunião, foi acordado que a terminologia adotada para a profissão seria a de Fisioterapeuta "por ser esta de domínio público, bem como daqueles profissionais filiados às entidades de classe" (Livro de Atas I, p.48-49). Na opinião da secretária da ERRJ:

E o pessoal da Escola que conhecia o Massa Fontes... disseram: 'Estamos perdidos, porque não vai acontecer nada'. Ele deu aula, mas os alunos eles assistiam as aulas dele, não criavam caso com ele não, porque ele era esquentado. Ele fazia as coisas dele lá fora (...) Parece que ele teve um curso de fisioterapia auxiliar. Ele não chegou a fazer um curso de fisioterapia auxiliar oficial, mas ele era do INPS, lá da medicina física e reabilitação. Ele dava curso para auxiliar lá dentro, que ele dizia que era só mexer botão, fisioterapeuta era só mexer botão. (Maria Antônia, depoimento oral, p.20-22)

Em março de 1963, os representantes da AFEG entraram novamente em contato com Massa Fontes, a respeito de qual seria a decisão final dos trabalhos da comissão de peritos do MEC. De acordo com Massa Fontes, os fisioterapeutas poderiam "ficar tranquilos" pois tudo estava de acordo com o desejado. Após a conclusão dos trabalhos da comissão, no entanto, o parecer final (388/63)

aprovado no plenário do Conselho Federal de Educação não agradou aos fisioterapeutas (Livro de atas II, p.21). Tal parecer, que se referia aos profissionais como auxiliares médicos e técnicos de fisioterapia, será analisado em detalhes mais adiante, ainda neste capítulo. Para a ex-aluna da ERRJ:

O Massa Fontes ele foi assim... o líder do movimento contra os fisioterapeutas, contra a ABBR. Nós tivemos uma situação muito difícil (...) Você vai brigar com a Academia Brasileira de Medicina que fazia sessões lá pra evitar que a gente pudesse seguir o nosso caminho... que a nossa profissão pudesse ocupar o seu lugar? (Odiléa Alves, depoimento oral, p.20)

A luta pela regulamentação dos cursos e da profissão assumia várias frentes. A AFEG negociava com a ABBR e a ERRJ, com o Conselho Federal de Educação, com deputados na Câmara Federal e em outras instâncias.

Em 1965, houve novas tentativas por parte da AFEG de regulamentar a profissão. O texto para um novo projeto de lei foi escrito para ser enviado ao Congresso e, segundo orientações de um advogado, deveria ser apresentado por um jurista de renome. Segundo consta em ata, deveria ser usado o nome de algum deputado para o projeto, "sendo sugerido o nome do Deputado Amaral Netto". (Livro de atas II, p. 67).

Com o golpe civil-militar de abril de 1964, a situação política do país passou por grandes transformações, como a edição dos Atos Institucionais, o fechamento do Congresso, cassação de mandatos políticos, suspensão de direitos civis, tortura, perseguição etc. Neste mês de abril não consta em ata a realização de nenhuma reunião sequer da associação. Foi registrada uma única reunião em 12 de maio e, durante o restante do ano de 1964, nenhuma outra reunião oficial constou em ata. Após o golpe, a associação voltou a se reunir oficialmente com certa periodicidade, somente em fevereiro de 1965. De agosto de 1968 até fevereiro de 1969, durante o acirramento das manifestações e confrontos sociais, a ascensão da chamada linha dura militar e a edição do AI-5, as reuniões oficiais da entidade também foram suspensas.



Ilustração 19. Visita do Presidente General Castello Branco à ABBR, em 1965. (Fonte: Acervo ABBR)

Procurando adaptarem-se à nova conjuntura política do país pós-64, membros da AFEG começaram a buscar alternativas de reconhecimento da profissão, também, junto a representantes da ditadura militar. São diversas as referências, nesse período, a contatos com oficiais das forças armadas. Em agosto de 1965, os fisioterapeutas cariocas tinham no colega Pedro Paulo Valentim a figura de “chefe da comissão que tratava do projeto de regulamentação da profissão”. Segundo consta em ata, foi marcada a entrega de “documentação necessária, de acordo com o estabelecido em Brasília, ao

tenente-coronel Ubirajara”. A comissão teria a finalidade de “apresentar os agradecimentos” ao tenente-coronel. (Livro de atas II, p.84)

No final de 1965, de acordo com membros da AFEG, existiam no Congresso, pelo menos, três diferentes anteprojetos de lei sobre a regulamentação da fisioterapia, sendo um de autoria da ABF, outro da ERRJ e outro da própria AFEG.

Os projetos no Congresso Nacional

Então o Dr. Jorge (Diretor da ERRJ) começou a fazer um projeto, um anteprojeto, de reconhecimento da profissão. Ele pegava aquele projeto, o anteprojeto, e mandava para São Paulo, para o Instituto de Reabilitação. Nessa ocasião o Instituto de Reabilitação tinha um senhor que chamava-se Hindley Smith, ele era um coordenador americano, que foi mandado pela Organização Mundial de Saúde (...) Dr. Jorge fazia os projetos, os anteprojetos, e mandava para ele. Voltavam os projetos. E eu fazia isso a mão, e aí corrigia, botava assim em verde as coisas que eles tinham mudado, que não aceitavam. No fim de, eu acho uns 10 ir para lá e voltar para cá, o Dr. Jorge desistiu, porque eles queriam o nível médio... eu acho que dois anos, dois anos... Não aceitavam o termo de fisioterapeuta. (Maria Antônia, depoimento oral, p.14)

Antes mesmo da fundação da AFEG, a diretoria da ERRJ havia começado, a partir de 1958, a empreender esforços tanto para o reconhecimento das profissões, por meio de dois Projetos de Lei apresentados no Congresso Nacional, quanto para o próprio reconhecimento do curso, por intermédio de processo administrativo aberto no Conselho Nacional de Educação, com vistas ao reconhecimento dos cursos pelo Ministério da Educação e Cultura.

Eu mesma fui a Brasília várias vezes, porque tinha fisioterapeuta em Brasília que me telefonava: "Maria Antônia, venha que eu consegui

um deputado para o projeto, porque ele vai entregar, ele vai, ele vai... Ele usou a fisioterapia, ele é consciente da importância da fisioterapia. Trás aqui". (...) Mas quando passava na comissão de saúde, na comissão de educação parava por ali. (Maria Antônia, depoimento oral, p.15)

O Projeto de Lei nº. 4.789, de 1958, apresentado pelo deputado Portugal Tavares, propunha regulamentar a formação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e de licenciados em reabilitação (Congresso Nacional, 1958, p.8627). O projeto, encaminhado às Comissões de Constituição e Justiça e de Educação e Cultura, era praticamente uma cópia resumida, muitas vezes sem alterar uma vírgula sequer, do Regimento Interno da ABBR. Pretendia-se que fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e licenciados em reabilitação fossem formados em Escolas de Reabilitação, com duração de curso de três anos para os dois primeiros e um ano para os licenciados. Estavam previstas também, no Projeto, exatamente as mesmas disciplinas oferecidas na ABBR (ibid, p. 8.628).

Na justificativa apresentada junto ao projeto, o deputado Portugal Tavares declarou que, a exemplo do que ocorria em países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e Israel, existia no Rio de Janeiro (Distrito Federal), “em pleno funcionamento, Escola de Reabilitação cujo Centro atende cerca de 100 pacientes por mês”. Sobre os cursos de formação ministrados, o deputado lembrou que os mesmos foram iniciados em abril de 1956, “após terem sido instalados em sessão solene realizada na ABI, na presença de gradas personalidades”. Segundo o autor do projeto, o início dos cursos era imprescindível, pois “os técnicos disponíveis eram contratados no estrangeiro e, face à grande procura de seus serviços, tornaram-se exíguos”. Ao concluir a justificativa desse Projeto de Lei, o deputado afirmou que esta proposição visava “oficializar uma Escola que, no país, tem similar apenas no Instituto de Reabilitação de São Paulo” (ibid.).

Esse projeto, após ser aprovado na Comissão de Educação do Congresso Nacional, foi encaminhado à Comissão de Saúde, onde foi produzido um texto substitutivo ao Projeto original, que, submetido à ABBR e ao Instituto de

Reabilitação de São Paulo, foi rejeitado pelas duas instituições em razão de “não corresponder às determinações internacionais para a formação de técnicos dessa natureza”. Devido a essa rejeição, o Projeto foi definitivamente arquivado pelo Congresso (Congresso Nacional, 1963, p.9508).

Em 1963, um novo Projeto de Lei (nº.1.372), de autoria do Deputado João Vieira, tem por objetivo regulamentar a formação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Esse Projeto traz algumas poucas diferenças para o Projeto anterior, dentre elas, a retirada da formação de licenciados em reabilitação, a inclusão de um artigo que define uma carga horária mínima de formação de 2.500 horas, sendo 1.000 horas de aulas teórico-práticas e 1.500 horas de treinamento (estágio). Em seu artigo treze, determina também que “as atividades dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais somente poderão ser exercidas sob orientação e responsabilidade médica” (ibid., p. 9507 e 9508).

Na justificativa do Projeto, o Deputado João Veiga declara que o projeto em análise é fruto de um “profundo estudo” dos técnicos da ABBR e do INAR, juntamente com a orientação de técnicos internacionais que estiveram no país. Ao concluir a justificativa, acrescenta uma frase final bem comum nos catálogos da ABBR:

E quem tem a felicidade de ter filhos sadios, tem obrigação de dar alguma coisa para a causa da reabilitação, esse é o lema da ABBR. (ibid., p. 9508).

Em março de 1967 o Projeto é arquivado definitivamente pelo Congresso. As diversas tentativas de regulamentar a profissão no congresso, mesmo com várias concessões, não obtiveram sucesso. Sobre as dificuldades enfrentadas pelos fisioterapeutas no início dos anos de 1960, Moura Filho (1999) faz a seguinte observação:

As diferenças entre os Fisioterapeutas e os Médicos ligados à Reabilitação vão aumentando progressivamente até se transformar em um conflito profissional de grande magnitude (...) Encastelados

em cargos estratégicos da recém unificada Previdência Social, os auto intitulados médicos fisiatras estabeleceram padrões de credenciamento aos serviços terceirizados do INPS e INAMPS, atribuindo a si próprios poderes especiais para representar as clínicas conveniadas de Fisioterapia, formando um cartel. Tentativas de reconhecer o Fisioterapeuta pela via do Congresso Nacional esbarraram no corporativismo médico representado nas Comissões Técnicas. (Moura Filho, 1999, p.2)

Diante das dificuldades em aprovar uma Lei que regulamentasse a formação dos fisioterapeutas através do Congresso Nacional, restavam ainda outras alternativas, a via administrativa através do Conselho Nacional de Educação - CNE, e a aproximação com os militares que governavam o país pós-64.

O reconhecimento no Conselho Nacional de Educação

O Brasil possuía, desde a Revolução de 1930, um Conselho Nacional de Educação - CNE, de caráter consultivo, que assessorava os trabalhos do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública. Com a Constituição de 1946, foi instituída uma comissão de elaboração das diretrizes e bases da educação nacional, que apresentou projeto à Câmara Federal em 1948. Após treze anos tramitando na Câmara Federal foi apresentado um substitutivo ao projeto original, de autoria do Deputado Carlos Lacerda, "largamente favorável aos interesses da escola particular" (Ribeiro, 2003, p.165). Somente no dia vinte de dezembro de 1961 foi aprovada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN (Lei n. 4.024/61) que definiu uma série de mudanças na educação brasileira, extinguiu o CNE e criou o Conselho Federal de Educação - CFE (Silva, 2005, p.79).

As principais funções do Conselho Federal de Educação (CFE) em relação ao ensino superior consistiam na autorização, no reconhecimento e na fiscalização do funcionamento das escolas federais e das escolas mantidas por entidades privadas; (...) Para todos os cursos superiores, independente do tipo de instituição, caberia ao CFE fixar a duração mínima dos estudos e os planos gerais de ensino ou currículos. Esse conselho foi extinto em 1994, em decorrência das inúmeras denúncias ao seu caráter clientelista e corrupto. (Silva, 2005, p.80)

A Direção da ERRJ criou, no início de 1961, uma comissão responsável pelo reconhecimento dos cursos junto ao CNE. Nesse momento já havia, além do próprio desejo institucional, uma forte mobilização dos estudantes e egressos dos cursos com o objetivo de validar seus diplomas. A comissão foi formada pela secretária da ERRJ, Maria Antonia Pedrosa Campos, a terapeuta ocupacional formada na primeira turma, Hilêde Wanderley Catanhede, e o médico Artur de Pádua Viana (Figueirôa, 1996, p.62).

Por meio do Processo nº. 97.990 de 1961, a ABBR solicitou ao Conselho Nacional de Educação o reconhecimento dos cursos da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. O Parecer da Câmara de Ensino Superior do CNE, nº. 602 de 1961, declarou que os cursos oferecidos pela ERRJ possuíam “altos coeficientes de utilidade social a ponto de atenderem a inadiáveis interesses comunitários”, e que os mesmos possuíam uma “auréola de benevolência” reconhecida pela opinião pública (ANEXO 4). A conclusão do Parecer foi encaminhar o processo “no sentido do reconhecimento e não mais da simples autorização para funcionar”, como havia acontecido com outros pareceres (CNE, 1961A, p.3).

Em vista do Parecer nº. 602/61, foram realizadas “numerosas verificações cujos relatórios constam do volumoso processo” com base no qual o recém criado Conselho Federal de Educação opinou, através do Parecer nº. 362/63, pela necessidade de estabelecimento de um currículo mínimo e tempo de duração dos cursos de formação em questão. A ERRJ deveria proceder à adaptação do seu Regimento à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN (CFE, 1965, p.39).

O Parecer nº. 362/63, cita em seu texto que em 1961 a Escola havia solicitado inicialmente o reconhecimento dos seus cursos, e que “sobre a matéria há pronunciamento do extinto CNE, opinando pela criação dos cursos através de lei”. E refere-se a um “volumoso relatório da comissão de peritos” como documento “no qual se podem colher importantes informações para o exame do mérito em questão” (CFE, 1963A, p.50). O Parecer conclui, ao longo de suas três páginas, que, “sem forçar a interpretação, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional que a ABBR pretende formar são modalidades de enfermagem”, e acrescenta ainda que, “poder-se-iam incluir entre os cursos de enfermagem, mais dois novos, tendo em vista os interesses da reabilitação” (ibid., p.51).

Ao longo do texto do Parecer, é possível perceber diversas referências aos médicos, normalmente ressaltando que se trata de “formar um profissional paramédico”, que fisioterapia e enfermagem são profissões que “executam prescrições médicas” e ainda que o conceito de profissão “seria aquela exercida pelo médico, com plena responsabilidade por todos os atos”, sendo enfermagem e fisioterapia “meras ocupações”. Esse Parecer teve como relator o médico Clóvis Salgado, tendo sido assinado também por Almeida Júnior, médico e Presidente da Câmara de Ensino Superior e pelos conselheiros Alceu Amoroso Lima, Valnir Chagas, Péricles Madureira de Pinho e Newton Sucupira. (ibid., p. 50 e 51)³³

Ao analisar o texto integral do Parecer nº. 362/63, é nítida a preocupação de que o reconhecimento dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional, e mais especialmente o primeiro, não somente não interferisse com o poder da profissão médica, como a ela deveria estar subordinada. Tal hipótese parece ganhar mais força, ao ser analisado o Parecer 388/63 que definiu os currículos mínimos e duração de três anos para os cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional.

³³ Clóvis Salgado teve uma longa carreira política, formado em medicina e tendo iniciado suas atividades profissionais como assistente de cirurgia, foi eleito vice-governador de Minas Gerais em 1950, pelo Partido Republicano (PR), na chapa com JK. A partir de 1956 foi Ministro da Educação e Cultura do governo JK. Apoiou o golpe civil-militar de 1964 e deste ano até 1968 foi membro do Conselho Federal de Educação (ABREU & BELOCH, 2001)

O Parecer nº. 388, sob relatoria de Clóvis Salgado (o mesmo relator do Parecer anterior) declarou textualmente que a comissão de peritos nomeada pelo Diretor de Ensino Superior, “insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos” que desempenham suas funções “sob a orientação e responsabilidade do médico”. De acordo com esse Parecer, ao médico caberia “dirigir, chefiar e liderar” a equipe de reabilitação, da qual faziam parte o próprio médico, o assistente social, o psicólogo, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional. E acrescentou ainda que, com relação aos fisioterapeutas e aos terapeutas ocupacionais, “cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico” e, em virtude disso, a Comissão preferiu que “os novos profissionais se chamassem Técnico em Fisioterapia e Técnico em Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições” (CFE, 1963B).

O texto original do Parecer nº. 388/63, que consta do Processo nº. 97.990/61, sofreu modificações substanciais ao ser submetido ao plenário da Comissão de Ensino Superior do CFE. Na versão original encaminhada ao plenário, havia um comentário sobre nomear as profissões como “Técnicos”, o trecho suprimido dizia que “a sugestão seria perfeita não fora a circunstância da sistemática da escola brasileira haver reservado tais nomes para os formados nos colégios técnicos de nível médio” (ANEXO 5). E ainda havia outro trecho, que em plenário teve seu sentido totalmente alterado, que afirmava:

No caso, o que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como acontece a enfermeiros, obstetrizes e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais embora tais denominações pudessem sugerir competências e atribuições que são da alçada dos formados em medicina. Os nomes de técnico em fisioterapia e técnico em terapia ocupacional ficarão reservados para os diplomados em escolas de nível médio que se proponham a formar profissionais da mesma linhagem mas de menor graduação. (CNE, 1961B, p.66)

O parecer final da Comissão, antes de ir a Plenário, embora fizesse diversas restrições sobre a atuação dos profissionais em questão, reconhecia

explicitamente o impedimento de se chamarem esses novos profissionais de técnicos, cabendo essa nomenclatura somente aos egressos de cursos de nível médio técnico. Mas no Plenário do CFE, tal impedimento parece não ter sido considerado, e a frase anteriormente apresentada como "Diante disso, não há como evitar os nomes de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais" simplesmente passou a vigorar com a seguinte redação: "Diante disso, não há como evitar os nomes de Técnicos em Fisioterapia e Técnicos em Terapia Ocupacional".³⁴

Outra alteração realizada em Plenário foi com relação às matérias comuns definidas no Parecer nº. 388. Segundo o texto original que foi ao Plenário, seriam matérias comuns aos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional: física, anatomia, fisiologia, psicologia, cinesiologia, patologia geral, ética e história da reabilitação e administração. Em Plenário, as seis primeiras matérias foram reunidas em uma única matéria chamada de Fundamentos da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, e a matéria de Administração passou a chamar-se Administração Aplicada (ANEXO 6). No texto aprovado do Parecer, a listagem com as matérias foram omitidas, aparecendo somente meses depois na Portaria Ministerial que, baseada no Parecer aprovado, definiu os currículos e a duração dos cursos. (CNE, 1961B, p. 67; CNE, 1963B).

Sobre a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, o Parecer nº. 388/63 refere-se ao currículo apresentado como sendo "excessivo" para a formação dos "técnicos" de nível superior, "preferindo esquema bem mais modesto e exequível, como convém ao meio brasileiro". Segundo o Parecer, a falta de professores, instalações e equipamentos "aconselha começar de modo menos ambicioso" (CNE, 1963B).

A comparação entre o texto original do Parecer apresentado pela comissão e o texto aprovado em Plenário no mesmo dia revela significativas alterações.

³⁴ O trecho do Processo nº. 97990/61 que traz o original do Parecer nº. 388/63 foi datilografado em papel timbrado do Ministério da Educação e Cultura, em folha numerada, datado de 10 de dezembro de 1963 (mesmo dia da aprovação em plenário), constando a inscrição no alto: "Vai a plenário". Nesse original consta a assinatura de sete conselheiros, dentre eles o próprio Clóvis Salgado.

Durante a reunião plenária foi possível transformar fisioterapeutas em técnicos de fisioterapia e diminuir o número de matérias do currículo de dez para apenas cinco. O texto final aprovado durante a reunião plenária que se tornou então oficial, trazia no rodapé a ressalva: "Redação final com as emendas aprovadas pelo Plenário". (CNE, 1963B).

É curioso notar que os Pareceres nº. 602 de 1961 e nº. 362 de 1963, sobre os quais o Parecer nº. 388 foi baseado, já se referiam aos profissionais da área como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e não como técnicos. Em uma única reunião Plenária no CNE, portanto, sem qualquer participação de representantes da categoria profissional, foi feita a redução do número de matérias do currículo pela metade que, segundo o texto, deveriam ser "resumidas ao indispensável", assim como a mudança do nome da profissão.

Ao serem informados da aprovação do Parecer nº. 388, membros diretoria da AFEG tomaram diversas providências com a intenção de reverter a situação, encaminhando documentos e uma representação formal junto à Câmara de Ensino Superior do CFE. Segundo consta em ata, um associado entrou em contato diretamente com o relator Clóvis Salgado, que sugeriu que a associação deixasse as coisas como estavam e que, somente mais tarde, "depois de tudo regulamentado" fosse pensada a possibilidade de algum recurso. Tal sugestão foi rejeitada.

Em 23 de julho de 1964, o Ministério da Educação definiu, pela primeira vez no país, o currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional, baseando-se no texto aprovado do Parecer nº. 388/63. A duração dos cursos foi definida em três anos letivos e as matérias comuns aos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional eram Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Ética e História da Reabilitação, e Administração Aplicada, como matérias específicas de Fisioterapia ficaram a Fisioterapia Geral e Fisioterapia Aplicada (MEC, 1964).

Quando o currículo mínimo... olha a gente chorava, a gente gritava, a gente xingava. Porque... 'Gente, que isso!' Então o currículo tinha ido

com anatomia, com fisiologia, patologia, e estava lá: Fundamentos de fisioterapia, fundamentos de terapia ocupacional; fisioterapia geral, terapia ocupacional geral, aplicada e aplicada, e duas matérias outras, administração do sistema de saúde, e ética e história da reabilitação. (...) E ainda puseram o termo profissional, era técnico em fisioterapia e terapia ocupacional. Meu Deus do céu, foi um horror, foi um horror! Gente que não queria mais. Não ia fazer, não ia ficar... Ai o Dr. Jorge: 'Não! Vamos embora gente, vamos embora, vamos fazer. (Maria Antonia, depoimento oral, p.20)

Uma vez publicado o currículo mínimo pelo MEC, restava à ERRJ tentar fazer as adequações em seu Regimento Interno e Currículo, acrescentando ao processo original de reconhecimento dos cursos no Conselho Federal de Educação. Essas e outras providências foram solicitadas pelo relator Clóvis Salgado e atendidas pela ERRJ (CFE, 1961B, p. 141).

No mês de julho de 1965, o Parecer nº. 715/65 da Câmara de Ensino Superior realizou a análise das adaptações apresentadas pela ERRJ e se manifestou favorável ao reconhecimento da Escola de Reabilitação, apenas com uma restrição do Conselheiro Rubens Maciel. Foram analisados dados sobre a entidade mantenedora da Escola (ABBR), capacidade econômico-financeira, edifícios e instalações (incluindo biblioteca com mais de quinhentos volumes) e corpo docente (CFE, 1965).

A solução encontrada pela ABBR para adequar-se ao currículo mínimo estabelecido pelo MEC consistiu em agrupar as disciplinas existentes de Anatomia, Fisiologia, Cinesiologia, Patologia Geral, Psicologia e Física Aplicada à Reabilitação, mantendo todos os seus professores, em uma matéria chamada Fundamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Além da disciplina de Fisioterapia Geral, prevista no currículo do MEC, a disciplina de Fisioterapia Aplicada foi subdividida em sete novas disciplinas, Fisioterapia Aplicada à Reumatologia, Fisioterapia Aplicada à Ortopedia, Fisioterapia Aplicada à Traumatologia, Fisioterapia Aplicada à Neurologia, Fisioterapia Aplicada à Clínica Médica, Fisioterapia Aplicada à Clínica Cirúrgica e Fisioterapia Aplicada à Psiquiatria. Além dessas, foi acrescentada a disciplina de Foniatria (CFE, 1965, p.41 - 44).

Na conclusão do Parecer sobre o funcionamento da Escola de Reabilitação, o relator Maurício Rocha e Silva referiu-se à ABBR como "obra beneficente e cultural de grande mérito"³⁵.

(...) não podemos deixar de salientar o caráter elevadamente meritório de uma associação que mantém tão elevados padrões de ensino e de aplicação técnica no seu Centro de Reabilitação. (*ibid.*, p.44).

A restrição imposta pelo conselheiro Rubens Maciel referia-se a um item do corpo docente apresentado pela ABBR, especificamente à indicação da fisioterapeuta Suely Nogueira Marques, como professora da disciplina de Fisioterapia Geral. A referida professora, segundo consta do próprio parecer, formou-se pela ERRJ em 1960, tendo participado de cursos de aperfeiçoamento em paralisia cerebral no Rio de Janeiro e em São Paulo, além de ter participado de "congressos e simpósios sobre a especialidade em centros de reabilitação de São Paulo, Santos e Brasília" (*ibid.*, p.42). A rejeição apresentada pelo conselheiro justificava-se, segundo ele, porque o cargo dependia de formação em medicina. Por seu conteúdo e importância histórica, a íntegra do texto do Parecer nº. 715/65 encontra-se anexada ao final deste trabalho (ANEXO 7).

No dia 26 de novembro de 1965, o Presidente Castello Branco, atendendo à solicitação do CFE por meio do Parecer nº. 715/65, concedeu o reconhecimento oficial à Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, pertencente à ABBR, através do Decreto nº. 57.363 (ANEXO 8).

Depois de reconhecidos oficialmente os cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, os diplomas foram expedidos pela ABBR em 1966. O primeiro

³⁵ Maurício Rocha e Silva era carioca, graduado em medicina e pesquisador de renome internacional. Foi o principal descobridor da bradicinina, substância anti-hipertensiva obtida a partir do veneno da Jararaca que deu origem ao remédio mundialmente conhecido como "captopril". Foi também um dos fundadores, em 1948, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC.

diploma encaminhado ao Ministério para registro foi, justamente, da fisioterapeuta Suely Nogueira Marques, professora da disciplina de Fisioterapia Geral. Embora o Parecer nº. 388/63 houvesse determinado, em sua versão aprovada em Plenário, que os egressos deveriam ser chamados de Técnicos em Fisioterapia, a ABBR não utilizou essa nomenclatura em nenhum de seus diplomas, constando do documento apenas a formação no Curso de Fisioterapia.

No dia 13 de outubro de 1969, após tramitação e arquivamento de dois outros Projetos de Lei no Congresso Nacional relacionados à Fisioterapia, as profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional foram oficialmente reconhecidas por meio do Decreto-Lei nº. 938/1969. A lei que reconheceu as profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional no país definiu o exercício da fisioterapia como privativo do fisioterapeuta, com formação exclusivamente de nível superior, e não fez qualquer menção à medicina em seu texto (ANEXO 9).³⁶

³⁶ Em apenas um mês após a promulgação do Decreto-Lei 938/69, a comissão de saúde do Congresso Nacional aprovou, por unanimidade, o Projeto de Lei n. 2.090, de autoria da própria comissão, que tinha por objetivo alterar o texto do Decreto. No lugar de fisioterapeuta, deveria constar “técnico em fisioterapia”, ficando também totalmente proibido a estes profissionais: “atender a qualquer paciente que não tenha sido enviado por médico”, “promover anúncio ou publicidade sobre sua atividade” e até mesmo proibido “instalar consultório”. A comissão de saúde alegava basear-se em “estudo da Sociedade Brasileira de Ortopedia do Rio de Janeiro”. Anos depois o projeto da comissão de saúde foi arquivado e o Decreto-Lei 938/69 permanece vigente ainda hoje, sem qualquer alteração.

Conclusões

Esta tese buscou oferecer contribuições para a compreensão do processo de profissionalização da fisioterapia no país. Foram narrados os diversos conflitos e estratégias no caminho da regulamentação da profissão, não apenas do ponto de vista das grandes instituições, mas também do grupo social dos fisioterapeutas que lutou para se estabelecer, com divergências e objetivos em comum. Nesse aspecto, o movimento em torno da ERRJ e da AFEG foi fundamental para a conquista da regulamentação da formação de fisioterapeutas - currículo mínimo do MEC - e pela contribuição para regulamentar a profissão, em 1969.

Uma vez criada a ABBR, em 1954, antes de fazer funcionar um Centro de Reabilitação para atender às crianças vítimas de pólio e outros pacientes, era preciso formar os fisioterapeutas que ali iriam trabalhar. O modelo de formação de fisioterapeutas adotado na ERRJ foi de nível superior, baseado nos currículos dos países mais desenvolvidos. Os filhos dos empresários e diretores da ABBR mereciam o melhor tratamento, com os melhores fisioterapeutas, a exemplo do que acontecia nos Estados Unidos, país onde muitos médicos brasileiros haviam trabalhado ou estudado. O modelo de formação da OMS destinado aos países de terceiro mundo, formando profissionais técnicos em cursos de menor duração, como implantado no INAR, em São Paulo, não foi a opção dos médicos e diretores da ERRJ.

A criação da ERRJ e a formatura de suas primeiras turmas, com a crescente necessidade de inserção no mercado de trabalho, fizeram com que os profissionais egressos e a própria Escola de Reabilitação buscassem a regulamentação da profissão de fisioterapeuta no país. As epidemias de poliomielite tiveram, portanto, papel central na criação da primeira instituição formadora de fisioterapeutas no país (ERRJ), assim como influenciaram fortemente no perfil dos primeiros fisioterapeutas como profissionais voltados para a atuação na reabilitação. Esses profissionais eram formados para atender,

principalmente, às crianças com paralisia infantil, aos deficientes físicos e aos amputados, muitos deles, vítimas de acidentes de trabalho.

O movimento em torno do reconhecimento da ERRJ, iniciado pelo menos dez anos antes do reconhecimento oficial da profissão de fisioterapeuta, exerceu influência direta na regulamentação da profissão de fisioterapeuta no país. Outras entidades, como a AFEG tiveram papel determinante na definição da identidade profissional do fisioterapeuta e nas tentativas de regulamentação da profissão durante a década de 1960.

Uma questão importante no debate histórico sobre a profissionalização da fisioterapia é a disputa quanto ao perfil do profissional que estava sendo formado para a atuação na área. O pequeno grupo social dos fisioterapeutas, no final dos anos de 1950, utilizou de diferentes estratégias na busca por espaço no mercado de trabalho. Aceitando a subordinação ao médico, mesmo que não desejável por alguns naquele momento, esperava-se alcançar a regulamentação da profissão através do Congresso Nacional. Essa estratégia não surtiu o efeito desejado. Para alguns segmentos da profissão médica que ocupavam cargos estratégicos tanto no Conselho Federal de Educação quanto na Comissão de Saúde do Congresso Nacional, não interessava a regulamentação do fisioterapeuta como uma nova profissão no campo da saúde. O que estava em disputa era o espaço no mercado de trabalho, o domínio, a prescrição e realização das técnicas de tratamento da fisioterapia, o reconhecimento social, o grau de autonomia ou de dependência de uma profissão em relação à outra, o acesso e a produção de conhecimentos científicos e o poder sobre o paciente.

O Decreto-Lei nº. 938/69 foi um marco institucional importante, mas não foi o início de um processo, nem tampouco pôs fim às disputas, principalmente entre fisioterapeutas e médicos. O processo de criação e reconhecimento dos cursos da ERRJ se confunde com a organização e luta dos fisioterapeutas em busca de uma identidade própria, de reconhecimento social e regulamentação profissional pelo Estado nos anos 1960. As vítimas da poliomielite, a relação conflituosa principalmente com médicos e suas entidades representativas, alguns como algozes e outros como mentores e o trabalho filantrópico, desenvolvido pela

ABBR, tiveram papel determinante no delineamento da identidade profissional e no processo de profissionalização da fisioterapia brasileira.

O fisioterapeuta foi introduzido no Rio de Janeiro por uma forte demanda social por tratamento na área de fisioterapia. O processo de profissionalização da fisioterapia nas décadas de 1950 e 1960 seguiu diversas etapas com vistas ao reconhecimento da profissão pelo Estado. Primeiro, a criação de uma escola de formação (ERRJ), depois a organização de uma associação (AFEG) e a busca de reconhecimento pelo Estado. O objetivo maior era que o poder público reconhecesse oficialmente a existência e definisse as atribuições dos fisioterapeutas no disputado mercado de trabalho da saúde. Uma das estratégias utilizadas nesse processo foi a aproximação dos fisioterapeutas com os representantes do poder, políticos e empresários influentes. Durante o período democrático, buscava-se o apoio de parlamentares e empresários, após o golpe civil-militar de 1964 buscou-se a aproximação, também, com militares das esferas de poder.

Para além das discussões mais diretamente ligadas à história da profissão de fisioterapeuta no país, a narrativa construída ao longo desta tese procurou contribuir também para o debate de algumas outras temáticas do campo da história da saúde. O papel do Estado e suas responsabilidades na assistência à saúde, os critérios de alocação de recursos públicos, as reações do poder público às epidemias, as políticas de saúde no período JK, as contribuições da poliomielite para o campo da história das doenças, a influência de experiências e trajetórias pessoais e familiares no contexto da história social e institucional, filantropia e a influência de organizações internacionais na criação de centros de reabilitação foram, de alguma forma, abordados no decorrer desta narrativa.

A poliomielite foi uma doença epidêmica em grande parte do mundo, afetando milhões de pessoas, dentre elas, milhares de crianças, jovens e adultos das classes sociais média e alta. A pólio, ao contrário do que ocorria com outras doenças de massa, não estava associada à pobreza ou às baixas condições de higiene. No início dos anos de 1950, seu modo de transmissão era desconhecido. Não havia vacina e suas características clínicas deixavam nos sobreviventes

sequelas associadas a problemas respiratórios, neurológicos e, em muitos casos, graves deficiências físicas.

Nos Estados Unidos e em muitos países da Europa, o fisioterapeuta foi o profissional que mais se envolveu com o tratamento dos pacientes de pólio. Milhões de dólares foram investidos na formação de novos fisioterapeutas e em pesquisas com novas técnicas de diagnóstico e tratamento na área da fisioterapia. Os resultados obtidos pelos fisioterapeutas no tratamento dos pacientes de pólio deram maior visibilidade à profissão, ao mesmo tempo que as características clínicas especiais das sequelas da pólio permitiram o rápido desenvolvimento de pesquisas e descoberta de novas técnicas de tratamento.

Embora do ponto de vista epidemiológico, a poliomielite fosse responsável apenas por um pequeno número de adoecimentos e mortes, essa doença ocupou lugar de grande destaque em jornais e revistas, quando comparada a outras doenças responsáveis por taxas muito maiores de morbimortalidade. O estigma da deficiência física e o medo de uma doença, que não "respeitava" classes sociais e atingia principalmente crianças, trouxeram o pânico à população no início dos anos de 1950. A escolha da poliomielite como uma das maiores prioridades de investimento em pesquisa e tratamento obedeceu ao interesse das classes sociais mais influentes e com maior capacidade de mobilização. Na definição de prioridades, não importava tanto o número de vítimas da pólio, pouco expressivo com relação a outras doenças, mas a que classe social essas vítimas pertenciam.

Outro aspecto relevante quanto às epidemias de poliomielite foi o tipo de resposta dado pelo poder público em diferentes países. Em alguns países desenvolvidos, o tratamento das vítimas da pólio foi assumido pelo Estado, nos Estados Unidos, ao contrário, Roosevelt criou uma entidade filantrópica de âmbito nacional, responsável por arrecadar dinheiro da população através de grandes campanhas. Com a pólio, inaugurava-se um novo modelo de filantropia norte-americano, baseado no uso intensivo da mídia, utilizando imagens de crianças com muletas com apelos emocionais e, contando com a colaboração de artistas

famosos, foram arrecadadas pequenas quantias de milhares e milhares de pessoas.

No caso do Brasil, no Rio de Janeiro, o poder público assumiu parte do tratamento dos casos agudos da pólio, que exigiam internações e, por vezes, uso de pulmões de aço. Passada a fase aguda da doença, as crianças vítimas da pólio, muitas delas com graves sequelas físicas, não tinham, então, nenhuma alternativa de tratamento. A mobilização de parte da sociedade carioca (principalmente das classes média e alta) e de jornais de grande circulação do Rio de Janeiro pressionou o poder público na busca de soluções com relação à pólio na capital federal, no início dos anos de 1950, ponto alto das epidemias.

A fundação da ABBR, nesse contexto, representou uma resposta original da sociedade carioca à epidemia de poliomielite vigente na cidade e no país. O forte apelo emocional da doença, a capacidade de mobilização social da alta sociedade carioca cujos filhos e parentes haviam sido vitimados pela pólio, as isenções e subsídios à filantropia, o apoio de políticos e a liderança de influentes empresários, juntamente com a capacidade e experiência técnica de alguns profissionais médicos no cenário internacional da reabilitação constituíram um ambiente favorável à criação da ABBR e da primeira escola de reabilitação no país.

A ABBR, a exemplo do que ocorria nos Estados Unidos com as campanhas da "March of Dimes", contava com a atuação de senhoras da sociedade, o apoio da mídia e de artistas para a organização de festas, bailes e diversos outros eventos destinados à arrecadação de recursos financeiros para o Centro de Reabilitação. Foi fundamental para a ABBR, além do trabalho das Legionárias, a boa relação da diretoria da entidade com o Presidente Juscelino e outros governantes. A ABBR representava a modernidade, o progresso no tratamento das vítimas da pólio e de outras doenças. A motivação pessoal-familiar pela criação de um Centro de Reabilitação na Capital Federal ganhou o apoio dos empresários. O fortalecimento da reabilitação profissional no país, através da ABBR, atendia aos interesses da crescente industrialização brasileira, diminuindo o tempo de afastamento dos trabalhadores acidentados, tema de grande

interesse de diversos setores da economia, especialmente o do ramo de seguros. O Estado brasileiro, com grande apoio às instituições filantrópicas, garantiu através de subvenções e isenções a viabilidade financeira da entidade, transformando a terceirização da assistência também em um bom negócio para o setor privado-filantrópico.

Este trabalho buscou estabelecer um diálogo entre a história e os desafios do presente ao analisar a década que precedeu a regulamentação da profissão de fisioterapeuta no Brasil. Para os fisioterapeutas de hoje, o presente material poderá ser utilizado como uma fonte de pesquisa histórica, como uma reflexão sobre o período, não muito distante, em que seus colegas lutaram para se estabelecer como profissionais de nível superior no país. Algumas das questões colocadas para a profissão hoje em dia, como a dificuldade de acesso da população ao fisioterapeuta nos serviços públicos de saúde e as tensões, na relação com outras categorias profissionais, podem ser analisadas também do ponto de vista histórico e poderão, então, encontrar nesta tese material de apoio para pesquisa e reflexão.

Bibliografia e fontes

Fontes primárias

Arquivos consultados

Academia Nacional de Medicina Militar, Rio de Janeiro.

Acervo da ABBR, Rio de Janeiro.

Acervo pessoal de Maria Antonia Pedrosa Campos

Acervo Vinícius de Moraes - Casa de Rui Barbosa, Rio de Janeiro.

Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Associação Brasileira de Imprensa, Rio de Janeiro.

Biblioteca do Centro de Estudos da ABBR, Rio de Janeiro.

Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro.

Memorial JK, Brasília.

Depoimentos

Entrevistas realizadas especificamente para esta pesquisa:

Ana Teperino, 15 de julho de 2008.

Odiléa Alves de Souza, 31 de outubro de 2007.

Maria Antônia Pedrosa de Campos, 12 de outubro de 2007.

Marisa Murray, 15 de julho de 2008.

* As transcrições das quatro entrevistas estão disponíveis para consulta, na íntegra, no acervo de história oral da Casa de Oswaldo Cruz.

Depoimentos para o Projeto de Pesquisa sobre História da Poliomielite (COC/FIOCRUZ):

Pedro Carlos de Moraes Sarmiento Pinheiro. A experiência da doença: laboratório, epidemiologia e clínica (Painel 1) in: Anais do Seminário 40 anos de Vacina Sabin no Brasil, 12 de dezembro de 2001, Fiocruz.

Tania Rodrigues. A experiência da doença: laboratório, epidemiologia e clínica (Painel 1) in: Anais do Seminário 40 anos de Vacina Sabin no Brasil, 12 de dezembro de 2001, Fiocruz.

Pinto, Oacyr de Almeida. Depoimento. Acervo de Depoimentos Orais Memória da Poliomielite. Rio de Janeiro, Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/Departamento de Pesquisa/Departamento de Arquivo e Documentação, 2001.

Depoimento para a pesquisa sobre atividade de seguros no Brasil - Fundação Getúlio Vargas:

Plácido da Rocha Miranda. CPDOC-FGV, A Atividade de Seguros no Brasil – entrevista a Plácido da Rocha Miranda, 1998.

Depoimento para a pesquisa sobre Terapia Ocupacional da pesquisadora Léa Soares:

Fernando Lemos. Entrevista concedida à pesquisadora Léa Soares, em 25 de janeiro de 1985, no quarto 309 da ABBR.

Bases de dados

IBGE. Tabela VI — Taxas médias de mortalidade, segundo as causas de morte, no Distrito Federal e no município de São Paulo — 1952/54 in: CD-ROM Estatísticas do Século XX. Rio de Janeiro. 2003

Google Advanced news search. Disponível em:
http://news.google.com/advanced_news_search?num=10&hl=en&ned=us

New York Times Article Archive. Disponível em:
<http://www.nytimes.com/ref/membercenter/nytarchive.html>

Time Magazine Search. Disponível em: <http://www.time.com>

Materiais impressos

ABBR:

Ata da Assembléia Geral de Constituição da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. Cartório Civil de Pessoa Jurídica, Rio de Janeiro. 1956

BAPTISTA, H. Centro de Reabilitação da ABBR. XII Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. 1958 (Acervo ABBR)

BAPTISTA, H. História da Medicina de Reabilitação, ABBR – uma visão do passado, um enfoque para o futuro. 1988 (Acervo da ABBR).

Catálogo de Apresentação da ABBR, 1963 (Acervo ABBR).

Catálogo de cursos, 1962A (Acervo ABBR).

Código de Ética do Técnico de Reabilitação, 195? (Acervo ABBR).

Convite de Formatura da Primeira Turma de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da ERRJ. 1958 (Acervo ABBR).

Livro das Legionárias, 1959 (Acervo ABBR).

Livro de Presenças às Solenidades da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, 1956 (Acervo ABBR).

Manual Aluno, 1957 (Acervo ABBR).

Palestra proferida por Marisa Murray. Transcrita em 1994. (Acervo ABBR).

Panfleto Centro de Reabilitação, 1962B (Acervo ABBR).

Programas das Disciplinas da ERRJ no período de 1956 a 1960, 1960 (Acervo pessoal de Maria Antonia Pedrosa Campos).

Regimento Interno da Escola de Reabilitação da ABBR, 1958 (Acervo pessoal de Maria Antonia Pedrosa Campos).

Atas, cartas, estatutos e demais documentos:

ABF, Estatuto Social da Associação Brasileira de Fisioterapeutas, 1962a

ABF, Revista Ano 1, Número 1, São Paulo, nov./dez. 1962b

ABF, Conclusões do Primeiro Congresso Brasileiro de Fisioterapeutas, Rio de Janeiro, 1964

Carta ABBR – Vinicius de Moraes. Acervo Vinicius de Moraes, 27 de agosto de 1956. Casa de Rui Barbosa.

Folder do I Congresso Brasileiro de Fisioterapia. ABF, 1964. Rio de Janeiro.

Livro de atas I da Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara. 1959-1962.

Livro de atas II da Associação dos Fisioterapeutas do Estado da Guanabara. 1962-1970.

Livros e artigos:

A POLIOMYELITIS treatment training center in New York City (News from the Field). *American Journal of Public Health*, Dezembro de 1945, vol. 35.

AGERSNAP, R.. Opportunities for professional growth through recruitment and training. *The Physical Therapy Review*, vol. 41, n. 5, 1960.

AMARAL, A.C. e OLIVEIRA, N.V. *Cinesiologia e Reabilitação*. Volume 1, Rio de Janeiro, 1960.

BANDEIRA, M.I.M.S. *Departamento Médico da EEFE*. Revista de Educação Física, Rio de Janeiro, 1952.

BARBOSA, V. Estado atual do problema da poliomielite no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 2(1):68-80, junho de 1968.

BARROS, A. *Physiotherapia, suas bases científicas e suas aplicações*. 1923.

CAMPOS, Oswaldo P. Problemas atuais de reabilitação na forças armadas e auxiliares. *Revista Brasileira de Medicina Militar*, jan/mar, 1966.

CLEARING house on Public Health Salary – Information and Personnel Needs. *American Journal of Public Health*, junho de 1953, vol. 43.

COULTER, John S. *Physical Therapy*. New York: Clio Medica, 1932.

EPIDEMIC aid units for pólio outbreaks (News from the Field). *American Journal of Public Health*, junho de 1946, vol. 36.

FREYCHE, M.J. et NIELSEN, J. Incidencia de la Poliomielitis desde 1920, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, janeiro de 1956.

HISLOP, H. e WORTHINGHAM,C. An Analysis of Physical Therapy Education and Careers. *The Physical Therapy Review*, vol. 38, n.4, Abril de 1958

HOSPITAL MUNICIPAL JESUS, Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional. "Hospital Municipal Jesus", publicada em 14/02/2007. Disponível em:

<<http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm?inoid=1639&editionsectionid=137>>. Acesso em: 20 jun. 2007

HINDLEY-SMITH, R. e LOUZA, J.R., O técnico em Fisioterapia na medicina moderna, *Revista Paulista de Hospitais*, ano VII, Vol. VII, n. 12, dezembro de 1959, págs. 16 e 17.

INTERNATIONAL Poliomyelitis Conference (News from the Field). *American Journal of Public Health*, Maio de 1948, vol. 38.

INTERNATIONAL Poliomyelitis Conference to have permanent status (News from the Field). *American Journal of Public Health*, Outubro de 1948, vol. 38.

KONTIO, S.S., Teaching Physical Therapy in Economically Underdeveloped Countries. *The Physical Therapy Review*, vol. 38, n.4, Abril de 1958

LERY, D et Falk, W. Epidemiological Study of Poliomyelitis in Northern Israel, 1950-1956. *American Journal of Public Health*, vol.50 n. 6, Junho de 1960.

MOREIRA, F. E. Godoy, Princípios fundamentais do tratamento da poliomielite, São Paulo, Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais, 1939.

NACIONES UNIDAS, Departamento de assuntos econômicos y sociales de las Naciones Unidas. *Estudio de los aspectos legislativos y administrativos de los programas de rehabilitacion de personas impedidas em determinados paises*, Nueva York, 1965

O'CONNOR, B. National Fundation Infantile Paralysis. *Physiotherapy Review*;25:79, 1945

ONU, *Departamento de assuntos econômicos y sociales de las Naciones Unidas*, Nueva York, 1965.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Comite de Expertos em Rehabilitation Medica* – Primer Informe, serie de informes técnicos, n. 158. Genebra, 1958

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Scientific Institutions in Latin America: Municipal Institute of radiology and physiotherapy. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*;20(2):153-56, feb. 1941.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Scientific Institutions in Latin America : National Radiotherapy Institute, Peru. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*;21(7):678-80, jul. 1942.

PAUL, J.R. Epidemiologia de la Poliomielitis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Junho de 1956.

PEREIRA, A.G. *Physiotherapia*. Tese apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1904

POLIOMYELITIS – papers and discussions presented at the First Internacional Poliomyelitis Conference. Julho de 1948

POSITIONS available..., *The Physical Therapy Review*, vol. 38, n.4, Abril de 1958

PROGRAMA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANDIDATO JUSCELINO KUBITSCHKEK 1955. São Paulo: L. Nicollini, 1955.

PROPOSED report on educational and experience qualifications of physical therapists in public health agencies. *Am J Public Health Nations Health*. Mar; 44(3):372-8, 1954

RIPER, H.E.V., Can Public Health Agencies Handle Poliomyelitis Alone? The National Foundation for Infantile Paralysis, *Poliomyelitis*, vol. 38, New York, Maio, 1948.

RIPER, H.E.V. Action areas in rehabilitation – rehabilitation interests of a voluntary agency. *American Journal of Public Health*, vol.44, junho de 1954.

ROCHA, J.M., CAVALCANTE, E.D.A., FILHO, A.G.A. Considerações sobre a epidemia de poliomielite na Argentina em 1955/56 e os surtos brasileiros. *Boletim do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil* vol. 13, n. 2, junho de 1956.

ROSEN, G. Public Health in Foreign Periodicals. *American Journal of Public Health*, abril de 1951, vol. 41.

SABIN, A.B. Paralytic Consequences of Poliomyelitis Infection in Different Parts of the World and in Different Population Groups. *American Journal of Public Health*, vol.41, outubro de 1951.

SCORZELLI, J.A. A poliomielite no Rio de Janeiro: estudo epidemiológico. *Arquivos de Higiene*, vol. 22, n.1, 1966

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Vital Statistics of the United States - 1952, Mortality Data*. Vol.II. Washington, 1955.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Unicef helps rehabilitate physically handicapped children in ten countries. *The Physical therapy review*, vol. 40, n.4, p. 292-294. 1960.

Jornais e revistas:

A FISIOTERAPIA a serviço da boa forma física. *Correio da Manhã*, 13 de julho, p. 1-2, 1957.

A POLIOMIELITE no Rio impressiona especialista americano. *Tribuna da Imprensa*, 4 de agosto de 1954, p.1.

A SOMBRA da invalidez sobre uma coletividade, *Correio da Manhã*, 2 de abril de 1953, p. 3.

ASSOCIAÇÃO Brasileira Beneficente de Recuperação. *O Globo*, 1954, 4 de agosto; p. 7.

ATAQUE em massa para paralisia infantil. *Correio da Manhã*, 13 de julho de 1957, p. 3

BIOGRAPHY of the Crippler, *Time*, 19 de agosto de 1946. Disponível em: <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,887110-1,00.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2008

CAMPANHA contra a paralisia infantil. *Tribuna da Imprensa*, Rio de Janeiro, 3 de agosto de 1954.

CENTRO de Reabilitação da ABBR. Inauguração ontem com a presença do Presidente da República e da senhora Kubitschek. *Correio da Manhã*, 1957, 18 de setembro; p. 8.

CLOSING in on Polio. *Time*, 29 de março de 1954. Disponível em: <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,819686-1,00.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2008

INAUGURADO Centro da Associação Brasileira de Reabilitação. *Tribuna da Imprensa*, 1957, 18 de setembro; p. 6.

INSTITUTO de Ortopedia e Traumatologia F.E. Godoy Moreira. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/iot/>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2008

NECESSITA de ajuda da colônia baiana um hospital de crianças. *Correio da Manhã*, 1 de setembro de 1957, p. 5

O SURTO de Paralisia Infantil nesta Capital. *O Globo*, 30 de março de 1953, p. 5

PARALISIA Infantil. *Correio da Manhã* 1953, 2 de abril; p. 4.

POLIO Scare. *Time*, 26 de julho de 1948. Disponível em: <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,887860,00.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2008

POLIO Year, *Time*, 11 de novembro de 1946. Disponível em: <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,854238,00.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2008

PRIMEIRA Turma Brasileira de Técnicos em Reabilitação. *Correio da Manhã*, 27 de fevereiro de 1958, segundo caderno, página 4.

PRIMEIRO Centro de Reabilitação das Vítimas de Paralisia Infantil. *O Globo*, 1956, 9 de abril; p. 11.

PULMÕES de aço suficientes nos hospitais. *O Globo*, 9 de março de 1953, p. 6.

QUEM se vacina não tem pólio. *Tribuna da Imprensa*, 13 de janeiro de 1958, capa e página 3.

SOLENIIDADES. *Correio da Manhã*, primeiro caderno, p. 10, 5 de agosto de 1954.

THE Man in the iron lung, *Time*, 18 de novembro de 1946. Disponível em: <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,777325,00.html> pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2008

TRINTA Casos Agudos de Paralisia Infantil, no momento. *O Globo*, primeiro de abril de 1953, página 2.

VACINA Salk / Salk em Genebra para conferência internacional sobre poliomielite. *Correio da Manhã*, 4 de julho de 1957, p. 2 e 4

VAI representar o Brasil na conferência sobre poliomielite. *Correio da Manhã*, 5 de julho de 1957, p. 6

Legislação e Documentação da Administração Pública:

ALERJ, Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Projeto de Resolução n. 806/2004 acessado em dois de fevereiro de 2006 <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0307.nsf/9665df2600e114f703256caa00231316/b86c91d111232d7983256f170047b4ea?OpenDocument&CollapseView>

BRASIL. Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963). Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.083 *Diário do Congresso Nacional* 20 de março, 1956. p. 1605 Col. 03

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.265. *Diário do Congresso Nacional*, seção 1 página 2.098 coluna 1, de 7 de maio de 1968.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.372. *Diário do Congresso Nacional*, seção 1 página 9.507 coluna 4, de 4 de dezembro de 1963

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.865 *Diário do Congresso Nacional* 23 de abril, 1952.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.901 *Diário do Congresso Nacional* 5 de maio, 1952, p. 3472

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.903 *Diário do Congresso Nacional* 5 de maio, 1952, p. 3473

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.910 *Diário do Congresso Nacional* 6 de março, 1952.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 2.614 *Diário do Congresso Nacional* 15 de maio, 1957. p. 2906 Col. 03

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.768. *Diário do Congresso Nacional*, seção 1 página 4.216 coluna 1, de 29 de junho de 1966.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 4.637 *Diário do Congresso Nacional* 2 de julho, 1954.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 4.789. *Diário do Congresso Nacional*, seção 1 página 8.627 coluna 4, de 24 de dezembro de 1958

BRASIL. Decreto Legislativo n. 11, de 1956. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 20.377, de 8 de setembro de 1931. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 20.931 de 11/01/1932. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 41.904, de 29 de julho de 1957. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 52.301, de 24 de julho de 1963.

BRASIL. Decreto n. 53.264, de 13 de dezembro de 1963. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 57.363. *Diário Oficial da União* de 2 de dezembro de 1965.

BRASIL. Decreto n. 58.266, de 27 de abril de 1966. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto n. 60.251, de 21 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005

BRASIL. Decreto n. 64.782, de 3 de julho de 1969. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005

BRASIL. Decreto-Lei n. 150, de 9 de fevereiro de 1967. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005

BRASIL. Decreto-lei n. 4.275 – de 17 de abril de 1942. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Decreto-lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. *Diário Oficial da União*, out. 1969.

BRASIL. Lei n. 1.889, de 13 de junho de 1953. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 2.312 – de 3 de setembro de 1954. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 2.641, de 9 de novembro de 1955. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 3.960, de 20 de setembro de 1961. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 3.968, de 5 de outubro de 1961. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005.

BRASIL. Lei n. 5.352, de 8 de novembro de 1967. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005

BRASIL. Lei n. 5.517, de 23 de outubro de 1968. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>. Acesso em 26 de out.2005

CFE, Conselho Federal de Educação, Parecer n. 362/63, Câmara de Ensino Superior, CES/CFE, 1963A.

CFE, Conselho Federal de Educação, Parecer n. 388/63, Câmara de Ensino Superior, CES/CFE, 1963B.

CFE, Conselho Federal de Educação, Parecer n. 715/65, Câmara de Ensino Superior, CES/CFE, 1965.

CNE, Conselho Nacional de Educação, Parecer 602/61, Câmara de Ensino Superior, CES/CNE, 1961A.

CNE, Conselho Nacional de Educação, Processo 97.990/61, Câmara de Ensino Superior, CES/CNE, 1961B.

GOVERNO DO ESTADO DA GUANABARA. Lei n. 18 de 1960.

MEC, Ministério de Estado da Educação e Cultura, Portaria Ministerial N.511/64, 1964.

Fontes secundárias

Bibliografia

ABREU, A. A; BELOCH, I.(org) *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro Pós-30*, 2.ed, Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas - FGV. 2001.

AMARAL, L.A. *Resgatando O Passado: deficiência como figura e vida como fundo*. Editora Casa do Psicólogo, 2004

ASCOFI, Asociación Colombiana de Fisioterapia. *Fisioterapia 53-83 - Los Pioneros de la Fisioterapia en Colombia*. Edición especial. Bogotá: Asociación Colombiana de Fisioterapia, 1984.

BAKER,J.P. Immunization and the American Way: 4 Childhood Vaccines. *American Journal of Public Health*, Vol. 90, No. 2, Fevereiro de 2000.

BAKEWELL, S. Illustrations from the Wellcome Institute Library Medical Gymnastics and the Cyriax collection. *Medical History*, 41:487-495, 1997;

BARATA, R.B. Cem anos de endemias e epidemias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

BARROS, F.B.M. *A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia*. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ, 2002a

BARROS, F.B.M. *O Fisioterapeuta na Saúde da População – Atuação Transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002b

BARROS, F.B.M. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. *Revista Fisiobrasil*, 59:20-31 2003.

BARROS, F.B.M. Da visão romântica aos conflitos, fechamento e exclusão na área de saúde. *Revista Fisiobrasil*, Brasil, v. VIII, n. 68, p. 36-38, 2004.

BATISTA, P.C. *Marcha interrompida*. Thesaurus Editora, 2006

BLACK, K. *In the Shadow of Polio – A personal and social history*. Addisom-Wesley publishing company, EUA, 1996

BLUM, N. et Fee, The Polio Epidemic in Israel in the 1950s. *American Journal of Public Health*, Vol 97, n. 2, fevereiro de 2007

CALDAS, M.A.J. *O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), 2006.

CAMPOS, A. L. V. de; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde . Manguinhos*, vol 10 (suplemento 2): 573-600, 2003.

CARDOSO, C.F. *Uma introdução à história*. Ed. Brasiliense, 3a Ed., 1983.

CERUTTI, S. A construção das categorias sociais. In BOUTIER, J.; JULIA, D. (org). *Passados Recompuestos: campos e canteiros da História*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ e Editora da FGV, 1998.

CHALOUB, S., MARQUES, V., SAMPAIO, G., SOBRINHO, C. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. São Paulo. Unicamp, 2003

CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY. *Physiotherapy 100 Years. Journal of the Chartered Society of Physiotherapy*. Londres. Vol. 80, A, 1994.

CHILE, Colegio de Kinesiólogos. *Historia de la Kinesioterapia en Chile*. acessado dia 20 de janeiro de 2007 em www.colegiodekinesiologos.cl

CHIPCHASE, L. et al. (Editorial) Looking back at 100 years of physiotherapy education in Australia. *Australian Journal of Physiotherapy*, Vol. 52, 2006.

COLIN, D.R.A., *Sistema de gestão e financiamento da assistência social: transitando entre a filantropia e a política pública*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Paraná, 2008.

CORRÊA, JVB, GASPARGAR, FM. Instituto F.E. de Godoy Moreira: esboço de uma história cultural. *Acta ortop. bras*;7(4):144-51, out.-dez. 1999.

CZERESNIA, D. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. *Hist. cienc. saude - Manguinhos*, Jul/Agosto. 2001, vol.8, no.2, p.341-356.

DA SILVA, M.L.V. Introdução - III Seminário de Pesquisa in: Nascimento, D.R. (org) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 2004.

DEFINE, DV e FELTRIN, MIZ. A Fisioterapia no Brasil. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*, ano III, vol.III n.4, 1986.

DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Ed. Revan, 2001.

DRUTZ, J.E. et LIGON, B.L. Polio: Its History and Its Eradication. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, Vol 11, No 4 (outubro), 2000.

ECHTERNACH, J. L. The Political and Social Issues That Have Shaped Physical Therapy Education over the Decades. *Journal of Physical Therapy Education*, vol 17(3), 2003.

FERREIRA, J. Crises da República: 1954,1955 e 1961. In: FERREIRA, J. e DELGADO, L. (org.) *O Brasil Republicano, o Tempo da Experiência Democrática*, Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.

FERREIRA, M.M.; GRYNSZPAN, M. A volta do filho pródigo ao lar paterno? A fusão do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.14, nº 28, p.74-100, 1994.

FIGUEIRÔA, R.M. *Aspectos da Evolução Histórica do Fisioterapeuta no Brasil em especial no Rio de Janeiro*. Monografia de Pós Graduação Lato sensu em Docência Superior, Rio de Janeiro, 1996.

FINKELMAN, J. (org.) *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. São Paulo: Edusp, 1998.

GOMES, A.M.C. *O Brasil Republicano, v.10: sociedade e política (1930-1964)*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

GOMES, A.M.C., FERREIRA, J. *Jango: as múltiplas faces*. FGV Editora, 2007

GOULD T. *A Summer Plague: Polio and its Survivors*. New York: Yale University Press, 1995.

GRITZER G, Arluke A. *The making of Rehabilitation*. Berkeley. University of California Press, 1985

GWYER, J et al. History of Clinical Education in Physical Therapy in the United States. *Journal of Physical Therapy Education*: v. 17(3), 34-43, 2003

HEAP, R. Physiotherapys quest for professional status in Ontario, 1950-80. *Canadian Bulletin of Medical History*. 1995;12(1);69-99

HELFAND, W.H et al “...So that others may walk”: The March of Dimes. Images of Health. *American Journal of Public Health*, Vol 91, No. 8, Agosto, 2001.

IBGE, Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*, Rio de Janeiro : IBGE, 1999.

IRB. Uma Viagem pela História. *Revista do IRB Brasil - Edição web* a.65, n. 300, Dezembro 2005. Disponível em http://www.irb.gov.br/revista/300/pages/index.cfm?fuseaction=viagem_historia

- KOIFMAN, Fabio (org.). *Presidentes do Brasil*. São Paulo: Cultura, 2002.
- KRANZ, KDC. The Public bootstrapping of Physical Therapy to a provider profession, 1919-86. *Chiropractic History*, 1986;6;39-48.
- LAMM,G. The World Health Organization's contributions of advancement of rehabilitation. *Bibltthca cardiol.*, n. 40, pp. 8-19 , 1986.
- LINDEMANN, K et al. *Tratado de Rehabilitacion*. Barcelona: Labor S.A., v.1, 1975.
- LINS, D.S., FONTES, P.R.R., *Trabalhadores e cidadãos: Nitro Química : a fábrica e as lutas operárias nos anos 50*. Editora Annablume, 1997
- MACIEL, L.R. Polio desde FDR. in: NASCIMENTO, D.R. (org) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 2004.
- MARANHÃO, E. et al. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v.10 supl.2, p.573-600, 2003.
- MARQUES, A.P., SANCHEZ, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo*, 1 (1) : 5-10, jul/dez, 1994.
- MATTOS, M.B. Greves, sindicatos e repressão policial no Rio de Janeiro (1954-1964). *Rev. Bras. Hist.* vol.24, no.47, 2004.
- MATURANA, A. et al. Influencia de las epidemias de poliomielitis sobre la rehabilitación en Espana (1949-1969). *Rehabilitacion (Madr)* 36(1):42-49, 2002.
- MEIRA, D. G., *Hospital Jesus – subsídio a sua história*. Rio de Janeiro: Ed. Laemmert, 1975.
- MERHY,E.E.; QUEIROZ, M. S.. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun, 1993 .
- MESTRINER, M. L. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- MILES-TAPPING, C. Sponsorship and sacrifice in the historical development of Canadian physiotherapy. *Physiotherapy Canada*, march/april 1989, v.41, n.2.
- MOFFAT, M. The History of Physical Therapy Practice in the United States. *Journal of Physical Therapy Education*, v. 17(3), 2003.
- MORAES, F. *Chato: o rei do Brasil, a vida de Assis Chateaubriand*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- MOREL, E. *História de um repórter*, Editora Record, 1999.

MOTTA, M.S. *"De grande capital a mera cidade...": o destino do Distrito Federal após a transferência da capital para Brasília*. Rio de Janeiro: CPDOC, 1994.

MOTTA, M.S. A fusão da Guanabara com o Estado do Rio: desafios e desencantos. In: *Um Estado em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*/ Organizadores: FREIRE, A., SARMENTO, C.E., MOTTA, M.S. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2001

MOURA FILHO, A. G. . Brasil: A Fisioterapia e o Tempo. *Fisiobrasil*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 28, 1999.

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego, *Maior Salário Mínimo Nominal 1940/2007*. MTE, 2007.

NASCIMENTO, M.C. *A profissão de fisioterapia em Minas Gerais: uma história oral de suas raízes*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

NASCIMENTO, MC et al . A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 2, 2006.

NEUMANN, D. Polio: Its impact on the people of the United States and emerging profession of Physical Therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*, Vol 34, n. 8, Ago 2004. p. 481.

NICIDA, D.P. *A interdisciplinaridade como um caminho para a formação do fisioterapeuta*. Dissertação de mestrado. UNICID, 2002.

NIELAND, V. M., HARRIS, M.J. History of Accreditation in Physical Therapy Education. *Journal of Physical Therapy Education*, 17(3), 2003.

NOGUEIRA R.P., RISI J.B. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN J, organizador. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

OLIVEIRA, S.B. *Ação social e terceiro setor no Brasil*. Dissertação de mestrado. PUCSP, 2005.

OLIVEIRA, V.R.C. *A História dos Currículos de Fisioterapia: A Construção de uma Identidade Profissional*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Educação, 2002.

OLIVEIRA, V.R.C. Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo. *Revista estudos*, Goiânia, v. 32, n. 4, p. 509-534, abr. 2005.

OSHINSKY, D.M. *Polio: An American Story*. Oxford University Press, EUA, 2006

PEAT, M. The establishment of physical therapy in developing countries. *Progress in Physical Therapy*, 1 (3), p. 236, 1970.

PEREIRA, L.P.S. *Fundação das Pioneiras Sociais. Ontem e hoje, 1951-1991*. Fundação das Pioneiras Sociais, Delegacia de Minas Gerais, dezembro de 1990.

PETRI, F.C. *História e Interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, 2006.

PINHEIRO NETO, J. *Juscelino, uma história de amor*. Editora Mauad, segunda edição, 1995.

PORTO, A. Este terrível espectro: Pólio e a nova saúde pública in: NASCIMENTO, D.R. (org) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 2004.

RAYMOND CA. Polio survivors spurred rehabilitation advances. *JAMA*, March 21, vol 255 n. 11, 1986

REBELATTO, J.R. *O objeto de trabalho em fisioterapia e perspectivas de atuação e de ensino nesse campo profissional*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, 1986.

REBELATTO, J.R., BOTOMÉ, S.P. *Fisioterapia no Brasil*. São Paulo: Manole, 1999.

REIS, M.C.S. *A formação do fisioterapeuta numa instituição pioneira: a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (1956-1976)*, Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Petrópolis, 2004.

REMONDIERE, R. Une naissance conjointe: l'emergence de la kinesithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Quebec. *Trajectoires en miroirs. Canadian Bulletin of Medical History*. 15 (1) 153-87, 1998.

RIBEIRO, M.L.S. *História da Educação brasileira: a organização escolar*. 18a. edição. Campinas, SP, 2003.

ROGERS, N. *Dirt and Disease: Polio Before FDR*. Rutgers University Press, 1992

ROGERS, N. Race and the Politics of Polio: Warm Springs, Tuskegee, and the March of Dimes. *American Journal of Public Health*. Vol 97. No. 5 p.784-795, Maio de 2007.

RUTTY C.J. The Middle-Class Plague: Epidemic Polio and the Canadian State, 1936-1937. *Can Bull Med Hist* 13:277-314, 1996.

SANCHEZ, E.L, Estudo preliminar do adestramento de fisioterapeutas no Brasil. *Revista Paulista de Hospitais*, Ano XIX, Vol. XIX, n. 4, abril, 1971.

SANCHEZ, E.L., Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*. São Paulo: Panamed, 1984.

SANGLARD, G.P. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas (Rio de Janeiro, 1920-1940)*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

SANGLARD, G.P. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SCHETTINO, G. Terapia Intensiva in: Helito, A.S.; Kauffman, P. (Orgs.) *Saúde: entendendo as doenças. A enciclopédia médica da família*. Editora Nobel, 2007

SCOTT, R. *Foundations of Physical Therapy: A 21st Century-Focused View of the Profession*. USA, McGraw-Hill, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. *Documento Técnico Poliomielite e Síndrome Pós-Poliomielite*. São Paulo, Junho de 2006. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/hidrica/ifnet_poliospp.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2008 .

SHELL, M. *Polio and its aftermath : the paralysis of culture*. Harvard University press, Inglaterra, 2005

SILVA, A. F. O Conselho Nacional de Educação e as políticas de privatização da educação superior no governo de FHC. *Inter-Ação: Rev. Fac. Educ.* UFG, 30 (1): 75-98, jan./jun. 2005

SILVA, H. e CARNEIRO, M.C. *A novembrada – 1955 (Série História da República Brasileira)*. Editora Três, 1975.

SILVA, R. *Malária e Desenvolvimento: a saúde pública no Governo JK (1956-1961)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

SKIDMORE, T. *Brasil: de Getúlio a Castelo 1930-1964*. Editora Paz e Terra, sétima edição, 1982.

SOARES, L.B.T. *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho. Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980*. Dissertação de mestrado, UFSCAR, 1987.

SOARES, L.B.T. *Terapia Ocupacional - Lógica do Capital ou do Trabalho?* Ed. Hucitec. São Paulo, 1991.

SOLANO, N.V. Una mirada a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ejercicio de la profesión de fisioterapia regulada por la Ley 528. *Revista Electrónica de educación, formación y pedagogía*. n.316, janeiro de 2006. Disponível em: <<http://www.unisimonbolivar.edu.co/revistas/aplicaciones/doc/237.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2008

STARR, P. *La transformación social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

SWISHER, L.L., PAGE, C.G. *Professionalism in Physical Therapy - History, Practice & Development*. USA, Elsevier Saunders, 2005.

TAKAHASHI, GS., MILLETTE, D., and EFTEKARI T. *Exploring Issues Related to the Qualification Recognition of Physical Therapists*. London: World Confederation for Physical Therapy, 2003.

TOMAIM, C. S., O Cine Jornal Brasileiro do DIP, como Getúlio Vargas “adotou” o cinema. In: XI SIMPÓSIO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE, maio de 2006.

VIDAL, R. et al. La Fisioterapia em España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia. *Fisioterapia* 2001;23 (4):206-217.

WEST, J. B. The physiological challenges of the 1952 Copenhagen poliomyelitis epidemic and a renaissance in clinical respiratory physiology. *J Appl Physiol* 99: 424–432, 2005

WOODIN, W. Are You Polio Conscious? The Polio Chronicle. *Roosevelt Warm Springs Institute for Rehabilitation Archives*, Julho de 1931.

WYATT, V. et MARANHÃO, E. A História da Poliomielite no Terceiro Mundo in: NASCIMENTO, D.R. (org) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 2004.

Anexos

Anexo 1

Tabela de alunos matriculados e graduados em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional, de 1958 a 1980.

Ano de formatura	Turma	Matriculados	Total de formados	Fisioterapeutas	Terapeutas Ocupacionais
1958	1 ^a	44	23	16	07
1959	2 ^a	27	14	12	02
1960	3 ^a	32	15	11	04
1961	4 ^a	37	16	10	06
1962	5 ^a	27	15	11	04
1963	6 ^a	34	21	19	02
1964	7 ^a	23	11	10	01
1965	8 ^a	21	13	11	02
1966	9 ^a	18	11	07	04
1967	10 ^a	28	20	17	03
1968	11 ^a	36	21	19	02
1969	12 ^a	23	20	19	01
1970	13 ^a	24	14	13	01
1971	14 ^a	39	28	25	03
1972	15 ^a	50	42	41	01
1973	16 ^a	44	46	38	08
1974	17 ^a	53	46	36	10
1975	18 ^a	50	50	40	10
1976	19 ^a	50	39	24	15
1977	20 ^a	50	52	34	18
1978	21 ^a	53	52	29	23
1979	22 ^a	49	46	28	18
1980	23 ^a	52	42	29	13

Fonte: adaptado da Relação dos alunos matriculados e formados nos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da ERRJ (Acervo pessoal Maria Antonia Pedrosa Campos).

Anexo 2

Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro	Alunos graduados
Período Escolar: 1956 – 1957 Colaço de Grau: 27.02.58	01 – Anita Medina 02 – Darcy da Silva Campos 03 – Edith Figueiredo Guimarães 04 – Ene Santos Lima 05 – Ester Mirla Frajdenberg 06 – Jandyra de Paula Assis 07 – Léa Garcia 08 – Lelia da Silva Vaz 09 – Marcos Lustosa Loureiro 10 – Marlene Aguiar 11 - Miguel Alves Vieira 12 – Neyde Tavares Santos 13 – Odiléa Alves de Souza 14 – Railde Oliveira Barata 15 – Walda Rogers da Silva Brauns 16 – Wanda Lechowski
Período Escolar: 1957 – 1959 Colaço de Grau: 05.12.59	01 – Carlos Alberto Esteu Tribusy 02 – Celia Cardoso dos Santos 03 – Eraldo Pamplona Xavier de Brito 04 – Everardo Rodrigues de Carvalho 05 – Guiomar Peltz 06 – Lenine de Mesquita Rangel 07 – Marcello Alves de Abreu 08 – Maria Zenaide Phidias dos Reis

	<p>09 – Renato Vivacqua 10 – Sebastiana Barbosa 11 – Solange Diniz Lucie 12 – Virginia Moreira</p>
<p>Período Escolar: 1958 – 1960 Colação de Grau: 21.01.61</p>	<p>01 – Cremilda de Souza Nascimento 02 – Dilson Esteves 03 – Djalma Rodrigues Malheiros 04 – Helena Corrêa Porto 05 – Maria do Carmo Medeiros Rodrigues 06 – Maria Julieta Somló 07 – Nelson Ubaldo Mendes 08 – Píndaro Custódio Cardoso 09 – Renilde Uzel Sant’anna 10 – Suely Nogueira Marques 11 – Yvon de Araujo Luz</p>
<p>Período Escolar: 1959 – 1961 Colação de Grau: 09.01.62</p>	<p>01 – Alberto Rocha da Silva Almeida 02 – Hugo Ribeiro Cavalcante 03 – José Horário Teixeira de Carvalho 04 – Matheus Frydman 05 – Maurício Karbel 06 – Pedro Paulo Perelló Valentim 07 – Perival Gomes Bezerra 08 – Sylvio Moreira 09 – Therezinha de Jesus Alves da Silva 10 – Yara da Silva</p>

<p>Período Escolar: 1960 – 1962 Colaço de Grau: 18.01.63</p>	<p>01 – Daci de Castro Cellos 02 – Darcy dos Anjos Santos 03 – Delmiro dos Santos 04 – Humberto da Silva Monteiro 05 – Jayme Belisário da Silva 06 – José Augusto Morando de Paiva 07 – Manoel Carlos Paulino da Silva 08 – Nadja Salles 09 – Nelson Storino 10 – Plinio Tavares Daflon</p>
<p>Período Escolar: 1961 – 1963 Colaço de Grau: 14.01.64</p>	<p>01 – Admerval Silva de Souza 02 – Alíria Léa Carvalho da Silva 03 – Aloysio Augusto D’abreu 04 – Antonio Neme Khoury 05 – Gilmar Gonçalves Lopes 06 – Ivan Souza de Alvarenga 07 – João Alberto Gibara 08 – Léo Gomes de Moraes 09 – Leosthenes Firmo de Albuquerque 10 – Letícia de Andrade 11 – Neuza Gibara 12 – Ney José Monteiro 13 – Ubirany Felix do Nascimento 14 – Wilma Petralanda de Souza</p>
<p>Período Escolar: 1962 – 1964 Colaço de Grau: 26.12.64</p>	<p>01 – Cleuton Leal 02 – Gelson Monteiro da Silva 03 – Gilda Maria Fonseca de Medeiros 04 – Hanna Leschouska Hani 05 – Manoel da Costa Silveira</p>

	<p>06 – Maria do Carmo Ruas Mello 07 – Nilma Pereira Henriques 08 – Roberto Ferreira de Queiroz 09 – Vivaldo Palma Lima Neto 10 – Yolanda Völtz</p> <p>Graduado em Fisioterapia em 1962 que não iniciou em 1960: ELIONOR Cezar Rezende (início em 1958)</p>
<p>Período Escolar: 1963 – 1965 Colação de Grau: 08.12.65</p>	<p>01 – Carlos Alberto Vaz 02 – Dea Sillos Santos 03 – Felipe Mansur Salomão 04 – Lamounier Flavio Lessa 05 – Léa Miriam Turqueto Veiga 06 – Manoel Gomes 07 – Maria Odette Bizzotto 08 – Octavio Marinho Falcão Filho 09 – Roberto Peres Mollo 10 – Usiel Alves de Oliveira 11 – Walter Rodrigues</p> <p>Graduados em Fisioterapia em 1963 que não iniciaram em 1961: Canagé de Araújo Cotta (início em 1960) Cícero J. B. Mafra Magalhães (início em 1960) Paulo Ferreira da Costa (início em 1960) Sampson Rozenblat (início em 1960)</p>

	Wilson Nogueira Bastos (início em 1960)
<p>Período Escolar: 1965 – 1967</p> <p>Colação de Grau: 13.01.68</p>	<p>01 – Ana Lucia Campos de Resende</p> <p>02 – Anna Pereira dos Santos</p> <p>03 – Anna Thereza Marensi Carli</p> <p>04 – Antonio Carlos de Castro Netto</p> <p>05 – Antonio Noletto Filho</p> <p>06 – Daisy Novaes Bastos</p> <p>07 – Dulcinéa Ferreira da Purificação</p> <p>08 – Helio Mendonça Bittencourt Filho</p> <p>09 – Jaciléa Imbroisi</p> <p>10 – João Alberto Rodrigues Leitão</p> <p>11 – Paulo A. de Albuquerque Cal Monteiro</p> <p>12 – Regina Lucia Ferreira de Souza</p> <p>13 – Suely Fernandes Antunes</p> <p>14 – Vera Santoro de Melo</p> <p>15 – Walbert André Alves</p> <p>16 – Walter Barradas Giorelli Zani</p>

Fonte: adaptado da Listagem dos alunos formados nos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da ERRJ (Acervo pessoal Maria Antonia Pedrosa Campos).

Anexo 3

Disciplinas e seus objetivos de ensino

Nome da disciplina	Objetivo de ensino
Anatomia descritiva	Dotar o aluno dos conhecimentos sobre a constituição do corpo humano, sendo o estudo de determinados aparelhos, sistemas e órgãos mais detalhados, em virtude de serem mais frequentemente atacadas por moléstias invalidantes, passíveis de tratamento no nosso Centro de Reabilitação.
Fisiologia	Idem, tendo-se em vista as respectivas funções.
Cinesiologia clínica	Dotar o aluno de conhecimentos sobre a mecânica aplicada ao corpo humano, com caráter nitidamente clínico, procurando, baseado nas leis mecânicas, a aplicação prática da cinesioterapia.
Cinesiologia aplicada ao trabalho	Dotar o aluno de conhecimentos sobre o estudo das diferentes posições que o indivíduo toma frente ao seu instrumental de trabalho a fim de produzir mais e melhor, evitando desequilíbrios e irregularidades que possam advir da utilização da dinâmica humana.
Cinesioterapia	Dotar o aluno de conhecimentos sobre o grupamento racional de exercícios físicos e movimentos que

	visam a melhoria ou a correção de alterações anatomo-funcionais. Seria a chamada “ginástica corretiva”. A educação Física é parte integrante da Disciplina.
Massoterapia	Dotar o aluno de conhecimentos práticos sobre a manipulação da massagem, em suas diversas modalidades e ações sobre o organismo, seus efeitos e suas indicações em reabilitação.
Termoterapia	Dotar o aluno de conhecimentos da ação terapêutica do calor e do frio, em suas diversas modalidades, tais como as vibrações eletromagnéticas, correntes elétricas, ondas elétricas, ondas curtas, luz, infravermelho, raio X etc.
Hidro-balneoterapia	Dotar o aluno de conhecimentos sobre a ação benéfica da água como meio de cura encarada como agente físico.
Creno-climatoterapia	Dotar o aluno de conhecimentos dos efeitos benéficos da água e do clima, principalmente aquelas das estâncias hidrominerais.
Patologia Médica	Dotar o aluno de conhecimentos sobre os elementos patógenos que interferem no comprometimento orgânico geral, visando mais aqueles que ocasionam as afecções e doenças mais frequentemente tratadas em

	nosso Centro.
Psicologia aplicada à Reabilitação	Dotar o aluno de conhecimentos a fim de que possa melhor conhecer o comportamento humano nas diferentes fases da reabilitação observando as peculiaridades dinâmicas de cada caso.
Psicopatologia	Dotar o aluno de conhecimentos a fim de reconhecer os diferentes estados anormais e patológicos do psiquismo do homem.
Fundamentos da reabilitação	Dotar o aluno dos conhecimentos da evolução do conceito de reabilitação, insistindo no aspecto psíquico e social do problema.
Cadeiras de clínicas especializadas (clínica ortopédica, traumatológica, médica, neurológica, reumatológica, e psico-somática)	Dotar o aluno de conhecimentos que completem seus estudos sobre as doenças e afecções mais tratadas no nosso Centro, para melhor conhecer a apreciar as sequelas destas enfermidades.

Fonte: Adaptado do Regimento Interno da ERRJ, 1958, p. 11-13 (Acervo pessoal Maria Antonia Pedrosa Campos)

Anexo 4

Parecer 602 de 1961, do Conselho Nacional de Educação.

Processo n. 97.990/61

A ilustrada Diretoria do Ensino Superior solicita o prévio pronunciamento deste Conselho no presente processo em que a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (A.B.B.R.) requer sejam reconhecidos os seus Cursos Superiores de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Reabilitação.

Justifica-se tal atitude daquele órgão pelo fato de não existirem padrões legais para os tipos de ensino em apêço. Configura-se, assim, hipótese análoga à que se verifica, por exemplo, nos casos dos Cursos de Administração de Empresas e de Engenharia Naval, como o sugere a S.E.C. em sua informação de fls. Preferimos, entretanto, o esquema da solução adotada no caso específico do Curso de Sociologia e Política.

O que vimos de afirmar implica o pressuposto fundamental de que na espécie presente, como nos casos apontados, os empreendimentos encerram altos coeficientes de utilidade social no ponto de atenderem a inadiáveis interesses comunitários. Evidentemente é o que ocorre com os Cursos instalados pela A.B.B.R. para os quais já a opinião pública entretém legítima expectativa de benevolência.

Entendemos que o processo deve ser encaminhado no sentido do reconhecimento e não mais da simples autorização para funcionar tal como ainda há pouca sucedeu através do Parecer n. 578/61 relativo à Escola Brasileira de Administração Pública mantida pela Fundação Getúlio Vargas. Nessa

ordem de idéias a D.E.Su determinará o recolhimento da taxa regulamentar, como, aliás, propõe a ilustre Chefe da S.E.O., para que, em seguida, constitua a Comissão verificadora.

Paralelamente jiramos a D.E.Su o encaminhamento ao Senhor Ministro de Estado, do expediente que prepara a Exposição de Motivos pela qual se solicita, através de Mensagem, com Auto-projeto, ao Congresso Nacional.

Para o texto legal em vista indicamos o modelo que oferece o Decreto-lei n. 9.876, de 6.9.46, expressamente expedido para o reconhecimento da Escola de Sociologia e Política de São Paulo cujas desasas antes, sem prévia autorização do Congresso Federal.

Inspirando-se nas experiências da A.B.B.N. esta lei deverá fixar em três anos a duração de cada um dos Cursos de Bacharelado em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional, ao tempo em que estabelecerá os respectivos conteúdos mínimos, a saber, os adotados no projeto de Regimento de fls. podendo variar a seriação, mediante, em cada caso concreto a decisão deste Conselho. Além das características de cursos de nível superior, pela exigência de seleção institucional e curso integral completo, a lei conterá os demais dispositivos do modelo que lhe indicamos.

Admissível, todavia, nesse plano não será o Curso de licenciatura em Reabilitação de voz que viria constituir anômala exceção, por se tratar de categoria de ensino rigidamente privativa das instituições de nível superior. Queremos dizer que qualquer movimento inovador no particular não poderia iniciar-se no campo ora em foco, mas logicamente



em áreas de estudo maduramente consolidadas,
a não ser que simultaneamente contemplasse
todas as modalidades do ensino superior.

O ritmo da cruzada cívica e humanitária que
tem caracterizado o desenvolvimento da H. P. B. R.
certamente imprimirá rapidez à tramitação do projeto
no Congresso, de tal modo que não haja sensíveis
delongas para que se admitam os diplomas a seguir, por-
tanto, de posse do relatório da Comissão Verificadora,
logo sancionada a proposição, a D. S. e este
Conselho estaria em condições de aturar o reconheci-
mento dos dois Cursos à luz do Decreto-Lei n. 421,
de 11.5.38.

É o parecer.

Ernesto Chagas de Oliveira
Secretário

José Bannister

Anexo 5

Texto do Parecer 388/63 antes de sofrer alterações no plenário do CFE.

9º Vni a plenário

10.12.63

*foi corrigido
e retornado ao
01006*

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA

Proc. nº 97990/61

Parecer nº 388/63.

~~ADENDO AO PARECER Nº 363/62~~

Assunto: Currículos mínimos e duração dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional.

O Parecer nº ~~363~~ ⁶³ Na sua conclusão, deliberou que o C.F.E. 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 Proc. 97990/61.

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} ~~médicos~~ o diagnóstico da doença ou da deficiência a ser corrigida. Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios, recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Daí haver a Comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chamassem técnicos ^{em fisioterapia e terapia ocupacional} em fisioterapia ocupacional, para ^{marcar} ~~mostrar~~-lhes bem a competência e atribuições. A sugestão seria perfeita não fora a circunstância da sistemática da escola brasileira haver reservado tais nomes para os formados nos colégios técnicos de nível médio. No caso, o que se pretende é formar profissionais de nível superior; tal como acontece a enfermeiros, obstetrias e nutricionistas. Diante disso, não há como evitar os nomes de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, embora tais denominações pudessem sugerir competências e atribuições que são da alçada dos formados em medicina. Os nomes de técnico em fisioterapia e técnico em terapia ocupacional ficarão reservados para os diplomados em escolas de nível médio que se proponham a formar profissionais da mesma linhagem mas de menor graduação.

Dentro desse espírito de bem localizar as atribuições e responsabilidades dos fisioterapeutas e dos terapeutas ocupacionais, a Comissão entendeu excessivo o currículo da Escola de Reabilitação da ABBR, preferindo esquema bem mais modesto e exequível, como convém ao meio brasileiro, que só agora cuida de instalar a primeira escola no 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, ^{ada} apresentamos os currículos por ela elaborados, com pequenas modificações.

Os cursos terão a duração de três anos letivos, com matérias comuns e matérias específicas, como se segue:

a) Matérias comuns:

Física
Anatomia
Fisiologia
Psicologia
Cinesilogia
Patologia geral
Ética e História da Reabilitação
Administração

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.

Entende-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, tal como aconteceu no caso da enfermagem. Quanto à matéria Administração, deve-se entender por organização e administração dos serviços de reabilitação, cuja tendência é ganharem corpo, para comprovarem as equipes e as custosas instalações de trabalho.

Clóvis Salgado
Clóvis Salgado, diretor

C. de Almeida
+ *Hellen Camargo*

José Barcellos

18al.

Anexo 6

Texto final do Parecer 388/63 aprovado com correções no plenário do CFE e Portaria Ministerial 511/64 (currículo mínimo).

FISIOTERAPIA/33 - TERAPIA OCUPACIONAL

Habilitação única (e específica para cada curso)

- PARECER Nº 388/63, aprovado em 10 de dezembro de 1963 (*)
Relator: Cons. Clávis Salgado

O Parecer nº 388/63, na 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 da Escola Superior, constante do Vol. 4 do processo nº 97.900/61.

A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxílios médicos que desempenham funções 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, aprendizagens e exercícios recomendados pelo médico, que conduzem à cura ou à recuperação dos parcialmente inválidos para a vida social. Dai fazer a Comissão preferido que os novos profissionais fossem chamados de Técnico em Fisioterapia e Técnico em Terapia Ocupacional, para marcar bem a competência e as atribuições. O que se pretende é formar profissionais de nível superior, tal como se faz 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 essencial o currículo da Escola de Reabilitação da ABRE. 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.

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.

Entende-se que as matérias básicas serão resumidas ao indispensável à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados vão chamar de práticas. Têm a significação de fundamentos científicos da profissão. Já como acontece no caso da enfermagem. Quanto à matéria Administração Aplicada, deve se entender por organização e

(*) FOLHA final, com as emendas propostas pelo Plenário.

administração dos serviços de reabilitação, ou, tendência a 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. 5º, § 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:*

Terapia Ocupacional Geral; Terapia Ocupacional Aplicada.

Art. 2º - A duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional será de 3 anos letivos.

Clávis Supt'ly de Lacerda

Anexo 7

Parecer 715/65 - Reconhecimento da ERRJ

ESCOLA DE REABILITAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO

Parecer n.º 715/65, C.E.Su. (1.º Grupo), aprov. em 9-7-1965, com restrições do Cons.º Rubens Maciel. — O Processo n.º 57 990/61 se originou do pedido formulado pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (A.B.B.R.) de reconhecimento do estabelecimento de ensino que vem mantendo desde 1955, sob a designação de Escola de Reabilitação. Tais cursos foram reconhecidos pelo antigo Conselho Nacional de Educação, com base no Par. n.º 602/61 da Comissão de Ensino Superior: Em seguida a essa decisão do antigo C.N.E. foram feitas numerosas verificações cujos relatórios constam do volumoso processo ora submetido a este Conselho.

Com base em tais relatórios, o C.F.E. opinou por força do Par. n.º 362/63 (8) da Câmara de Ensino Superior que se estabelecesse preliminarmente o currículo mínimo e a duração dos cursos de formação de "Técnico em Fisioterapia" e "Técnico em Terapia Ocupacional" e que a Escola de Reabilitação da A.B.B.R. procedesse à adaptação do seu Regimento à Lei de Diretrizes e Bases.

O currículo mínimo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a formação dos dois tipos de técnicos mencionados, foi estabelecido pelo Par. n.º 388 (*) tendo sido devidamente homologado pelo Sr. Ministro da Educação (Doc. n.º 29, pág. 76). Por outro lado a A.B.B.R. introduziu as adaptações necessárias no corpo do seu Regimento o que justifica o prosseguimento da análise do Processo em pauta, tendo em vista o reconhecimento da Escola de Reabilitação mantido pela A.B.B.R., o que passamos a fazer. A documentação ora apresentada consta de novo volume do processo, tendo dado entrada neste Conselho em 31-5-1965.

(8) Doc. 22-I, pág. 49; (*) idem, pág. 62.

Entidade mantenedora

A Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação é uma sociedade civil, de finalidade filantrópica, sem qualquer objetivo de lucro, foi devidamente registrada no Cartório Castro Menezes, sob o número de ordem 3 714 no Registro Civil das Pessoas Jurídicas (Livro A), com sede própria à Rua Jardim Botânico 660, em imóvel doado pelo Governo do Estado da Guanabara, onde funciona também a Escola de Reabilitação e o magnífico "Centro de Reabilitação" o qual se encontra ao alcance de alunos e professores da Escola para o necessário treinamento profissional. Trata-se de extensa área de terreno com 13 202 m² onde se encontram as instalações em pleno funcionamento do Centro de Reabilitação construções novas de ampliação do mesmo em excelente planificação, conforme consta dos relatórios dos verificadores e das plantas anexas ao Processo.

Capacidade econômico-financeira

De acôrdo com o balanço de contas apresentando a situação financeira da A.B.B.R. é satisfatória, com um ativo de cerca de 150 milhões de cruzeiros, saldos disponíveis em bancos, e renda prevista de donativos no montante de mais de 15 milhões de cruzeiros. O balancete apresentado referente as despesas e receitas do período de 1.º de julho à 31 de dezembro de 1963, mostra perfeito equilíbrio, com despesas no montante de Cr\$ 31 465 398.

Do relatório de Verificação deduz-se que "a receita de que dispõe a mantenedora provém de contribuição de sócios, donativos, subvenções e convênios, produtos de campanhas filantrópicas, mensalidades e juros bancários". Com a conclusão final de que a situação financeira, é bastante lisonjeira, boa mesmo.

Edifícios e instalações

A documentação que acompanha o processo, bem como as informações dadas pelo Verificador mostram de maneira convincente que a Escola é dotada de instalações satisfatórias, no que se refere ao mobiliário e higiene das salas e do edifício. As aulas práticas são ministradas no excelente Centro de Reabilitação que funciona no mesmo local e é mantido pela A.B.B.R.

Trata-se de uma obra beneficente e cultural de grande mérito e que deve receber o apóio deste Conselho, pela seriedade com que são tratados os assuntos didáticos e de assistência dada por um corpo de profissionais de elevado gabarito.

A Biblioteca consta de 268 livros, 177 folhetos e 47 revistas técnicas, entre as quais se notam revistas especializadas estrangeiras de difícil aquisição dada a situação atual do mercado cambial. Estamos certos de

que, com a orientação acertada da A.B.B.R. a biblioteca será ampliada, e tanto mais, se a Escola receber dêste Conselho o merecido reconhecimento.

Corpo docente

O corpo docente apresentado pela A.B.B.R. no processo de reconhecimento de sua Escola de Reabilitação, atende perfeitamente às exigências do currículo mínimo estabelecido por êste Conselho para os cursos de Fisioterapia e e Terapia Ocupacional. Passamos a uma análise suscinta dos títulos dos professôres propostos.

1. Fundamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional —

a) **Anatomia** — Prof. Pedro Batista de Oliveira Netto, Formado em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1934), Docente livre de Anatomia da Faculdade Nacional de Odontologia da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro; Professor de Anatomia da PUC e Professor Regente de Anatomia Topográfica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Vários cursos de aperfeiçoamento e numerosos trabalhos publicados na especialidade. Nada a opôr.

b) **Fisiologia** — Prof. Alexandrino Silva Ramos Filho, Formado em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia (1950); Assistente de ensino superior do MEC; Chefe de laboratório da cadeira de Anatomia Sistemática da Escola de Medicina e Cirurgia; Cursos freqüentados, sobre temas de atualização anatômica e anátomo-patológica sobre Radiologia da Escola de Medicina e Cirurgia, e de Extensão sobre Microbiologia da Faculdade Nacional de Farmácia (1949). Trabalho publicado sobre Choque Obstétrico. Embora os títulos foram insuficientes para um professor de Fisiologia numa Faculdade de Medicina. Aceitamos com restrições para o cargo indicado.

c) **Cinesiologia** — Prof. Maurício Sathler, Formado pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (1955). Formado pelo Curso de Medicina Aplicada à Educação Física pela Escola Nacional de Educação Física (1961). Livre docente de Cinesiologia Aplicada da Escola de Educação Física da U.B. (1963). Professor substituto de Cinesiologia da Escola de Reabilitação da A.B.B.R. desde 1961. Professor contratado de Traumatologia Desportiva e Socorros de Urgência do Curso de Medicina especializada da Escola de Educação Física do Paraná (1961). Chefe do Departamento de Paralisia Cerebral do Centro de Reabilitação da A.B.B.R. Cursos de especialização em Semiótica da Marcha, Paralisia Cerebral, Cinesiologia e Fisiopatologia da Marcha e outros. Trabalhos publicados na especialidade. Nada a opor.

d) **Patologia Geral** — Dr. Hilton Seda, Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1950). Assistente da cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (1952). Professor Assistente da Escola

dê Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1953). Professor substituto de Reumatologia do Instituto de Aperfeiçoamento Médico da PUC (1960). Cursos sobre a especialidade em vários centros médicos do País, sobre Alergia e Reumatismo, Tratamento da Osteoartrite, Patologia da Coluna Vertebral, Osteoartrite e Fibrosites, etc. Números trabalhos publicados na especialidade. Nada a opor.

e) **Psicologia** — Prof.^a Maria Helena da Silva Novaes. Licenciada pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Instituto Santa Úrsula (1946). Professora da PUC, no Curso de Formação de Psicólogos (1959) e no curso de Especialização a Psicologia Educacional (1961). Professora da Faculdade Santa Úrsula no Curso de Formação de Orientadoras Educacionais (1958). Curso de Aperfeiçoamento na França e na Suíça (1959-60). Outros cursos realizados no País (1953-57). Trabalhos publicados na especialidade. Nada a opor.

f) **Física Aplicada à Reabilitação** — Prof. Elvio Fuser. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1941). Professor de Medicina Física da A.B.B.R. desde 1960. Viagens de estudos aos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Inventor de sistema de condicionamento de ar em tenda de Oxigênio. Realizador da 1.^a Bomba de Cobalto no Brasil, trabalhos publicados. Nada a opor.

2. **Ética e História da Reabilitação** — Prof. Hilton Baptista. Formado em Medicina (1947). Assistente da cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Cursos de pós-graduação em Cirurgia Ortopédica e Reabilitação na Universidade de Toronto (1953-54). Consultor Técnico de Higiene e Segurança do Trabalho do SENAI. Membro do Seminário sobre Reabilitação, promovido pela ONU na Dinamarca (1959). Membro de Comissões de Serviço Social e Reabilitação Profissional. Primeiro diretor do Centro de Reabilitação da A.B.B.R. Trabalhos publicados sobre a especialidade. Nada a opor.

3. **Administração Aplicada** — Prof.^a Eurydice Borges Fortes. Formada pela Faculdade Nacional de Medicina (1933). Livre-Docente de Clínica Neurológica da Faculdade Nacional de Medicina (1937). Assistente da Clínica Neurológica da Faculdade Nacional de Medicina (1938). Assistente Chefe da Clínica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1946). Prof.^a Assistente do Departamento de Planejamento, Organização e Administração de Hospitais, da PUC do Rio de Janeiro (1963). Cursos de Aperfeiçoamento. Trabalhos publicados. Nada a opor.

4. **Fisioterapia Geral** — Prof.^a Suely Nogueira Marques. Bacharel pela Escola de Reabilitação da A.B.B.R. no Curso de Fisioterapia (1960). Cursos de aperfeiçoamento sobre Reabilitação e Paralisia Cerebral, no Rio de Janeiro (1959) e em São Paulo (1961). Participou de Congressos e Simpósios sobre a especialidade em centros de Reabilitação de São Paulo, Santos e Brasília. Rejeitado pelo Plenário.

5. **Terapia Ocupacional Geral** — Prof.^a Hilêde Wanderley Cantanhede. Bacharel pela Escola de Reabilitação da A.B.B.R., no Curso Técnico de Reabilitação, especializado em Terapia Ocupacional (1958). Professôra de Serviço Social do Trabalho na Escola de Serviço Social de Niterói (1948) e nos Cursos de Visitadores Sanitários e Médicos Sanitaristas da Campanha Nacional contra Tuberculose (1949-50). Colaboradora de ensino no curso de Fisioterapia e Reabilitação na Escola de Pós-Graduação da PUC (1963). Numerosos cursos de especialização, participou de Congressos, Viagens de Estudos a São Paulo, Buenos Aires, Pôrto Alegre, México e Nova York (1959-64). Trabalhos publicados na especialidade. Nada a opor.

6. **Fisioterapia Aplicada à Reumatologia, Terapia Ocupacional Aplicada à Reumatologia** — Prof. Pedro da Silva Nava, formado em Medicina pela Faculdade Nacional de Medicina (1927). Livre Docente de Clínica Médica pela Faculdade Nacional de Medicina (1936). Professor interino de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (1952). Professor titular da Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1956). Diretor da mesma Escola (1956). Assistente da 4.^a Enfermaria de Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1944). Cursos lecionados: Patologia Clínica (1937), Reumatologia (1951-54), Reumatologia e Patologia Óssea (1954), Rádio-reumatologia (1958) e outros. Cursos freqüentados em Paris (1948-55). Numerosos trabalhos publicados. Nada a opor.

7. **Fisioterapia Aplicada à Ortopedia** — Prof. Oswaldo Pinheiro Campos, Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1927). Professor de Ortopedia da A.B.B.R. desde 1956. Cursos de especialização em Nova York e Filadélfia (1937-39). Chefe de Clínica do Hospital de Jesus. Participou de numerosos Congressos. Trabalhos publicados sobre a especialidade em revistas nacionais e internacionais. Nada a opor.

8. **Fisioterapia Aplicada à Traumatologia** — Prof. Jorge A. de Barros Faria. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1926). Professor no Curso Básico de Ortopedia da Secretaria Geral de Saúde e Assistência (1961). Bolsa de estudos da Kellog Foundation nos Estados Unidos (1945). Organizador do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Carlos Chagas (1940). Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Getúlio Vargas (1955). Atualmente Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Pedro Ernesto (desde 1958). Numerosos trabalhos sobre a especialidade. Nada a opor.

9. **Fisioterapia Aplicada à Neurologia; Terapia Ocupacional Aplicada à Neurologia** — Prof. Ary Borges Fortes. Formado em Medicina pela Faculdade Nacional de Medicina (1928). Docente livre da cadeira de Clínica Neurológica da Faculdade Nacional de Medicina (1933). Catedrático de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre

(1946). Professor de Neurologia da Escola de Pós-graduação da PUC (1953 a 1959). Vice-Diretor da Escola de Reabilitação (1963). Cursos de Especialização. Numerosos trabalhos publicados. Nada a opor.

10. Fisioterapia Aplicada à Clínica Médica; — Terapia Ocupacional aplicada à Clínica Médica — Dr. Orlando Massa Fontes. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1946). Estágios em centros nacionais e nos Estados Unidos (Mayo Clinic, Rochester; New York University, Bellevue Hospital e na Cleveland Clinic). Superintendente médico do IAPI (1958). Chefe do Setor de Reabilitação da Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Defeituários Visuais (MEC, 1959). Chefe da Clínica de Fisioterapia do IAPI do Estado da Guanabara (desde 1959). Trabalhos publicados. Nada a opor.

11. Fisioterapia Aplicada à Clínica Cirúrgica; Terapia Ocupacional aplicada à Clínica Cirúrgica — Prof. Antonio Luiz Medina. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina (1952). Professor em vários cursos de Traumatologia. Chefe do Ambulatório de Traumatologia do Hospital Central dos Acidentados (1953-55). Responsável pelo Serviço de Cirurgia do Instituto de Hematologia da Secretaria Geral de Saúde (1960). Responsável pelo Departamento de Doenças Vasculares Periféricas do Hospital Pedro Ernesto (desde 1959). Participação em numerosos simpósios e conferências. Trabalhos publicados. Nada a opor.

12. Fisioterapia Aplicada à Psiquiatria; Terapia Ocupacional Aplicada à Psiquiatria — Prof. Edmundo Haas. Formado em Medicina pela Universidade de Minas Gerais. Diretor médico da Casa de Saúde Dr. Afílio (1935-39). Professor da cadeira de Medicina Psicosomática da A.B.B.R. (desde 1956). Médico psiquiatra do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (1962). Cursos da especialidade em Paris, Viena e Londres. Trabalhos publicados. Nada a opor.

13. Foniatria — Prof. Pedro Bloch. Formado pela Faculdade Nacional de Medicina. Cursos de especialização na Sorbonne (1959) e em Buenos Aires. Cursos de Fonação no Congresso Pan Americano de ORL, na Universidade e no Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil (1961). Teatrólogo de grande renome e autor de obras sobre Fonação. Nada a opor.

Como conclusão da análise feita neste parecer das condições de funcionamento da Escola de Reabilitação da A.B.B.R., não podemos deixar de salientar o caráter elevadamente meritório de uma associação que mantém tão elevados padrões de ensino e de aplicação técnica no seu Centro de Reabilitação.

Somos pois de parecer que a Escola de Reabilitação da A.B.B.R. está em condições de receber o reconhecimento por este Conselho, desde que o Regimento seja aprovado por este Conselho e que sejam atendidas as restrições do Conselheiro Rubens Maciel transcritas a seguir:

“Com restrições quanto à professora indicada para Fisioterapia Geral, por entender necessário, para desempenho do cargo, o curso de Medicina ou cursos básicos equivalentes, o que não parece ser o caso”. (aa.) A. Almeida Júnior, Presidente da C.E.Su. — Maurício Rocha e Silva, relator.

Anexo 8

Reconhecimento da Escola de Reabilitação, publicado no Diário Oficial da União do dia 2 de dezembro de 1965.

DECRETO N.º 57.353 — DE 26 DE
NOVEMBRO DE 1965

Concede reconhecimento à Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição e nos termos do art. 23 do Decreto-lei número 421, de 11 de maio de 1938 decreta:

Art. 1.º É concedido reconhecimento à Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação.

Art. 2.º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de novembro de 1965;
144.º da Independência e 77.º da República.

H. CASTELLO BRANCO
Flavio Lacerda

(N.º 29.947 — 25.11.65 — Cr\$ 5.355)

Anexo 9

DECRETO-LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969

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 1º do Ato Institucional nº 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o § 1º do artigo 2º do Ato Institucional nº 5, de 13 de dezembro de 1968,

DECRETAM:

Art. 1º É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente Decreto-lei.

Art. 2º O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º 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. 6º Os profissionais de que trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º Os portadores de diplomas expedidos até 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 quando fôr o caso, o disposto no final do art. 6º.

Art. 9º É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou de terapia 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 no presente Decreto lei exerçam sem habilitação profissional, em serviço público atividade de que cogita o artigo 1º 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.

§ 1º 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.

§ 2º Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura promoverá 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 da Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovado pelo Decreto-lei nº 5 452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional.

Art. 13. O presente Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de outubro de 1969; 148º da Independência e 81º da República.

AUGUSTO HAMANN RADEMAKER GRUNEWALD

AURÉLIO DE LYRA TAVARES

MÁRCIO DE SOUZA E MELLO

Tarso Dutra

Leonel Miranda