UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCIANA APARECIDA DE SOUZA

TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REABILITAÇÃO NA CIDADE DE
SÃO PAULO
SÃO PAULO

2010

LUCIANA APARECIDA DE SOUZA

TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REABILITAÇÃO NA CIDADE DE
SÃO PAULO

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:

Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto - PROESA.

Orientadora:

Profª Drª. Ana Cristina Mancussi e Faro.

São Paulo

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Souza, Luciana Aparecida de
Trajetória histórica da reabilitação na cidade de São Paulo / Luciana Aparecida de Souza . – São Paulo, 2010.
101 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Cristina Mancussi e Faro

1. Reabilitação 2. Reabilitação - História 3. Política de saúde
I. Título

Nome: Luciana Aparecida de Souza

Título: Trajetória Histórica da reabilitação na cidade de São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Aos meus pais Audaisa e Gerson,

Que me ajudaram a trilhar todos os caminhos, pelo amor incondicional, pela ajuda em todos os momentos de minha vida.

Ao meu marido Luiz Augusto, Guto,

Pelo imenso amor que representa em minha vida. Ao apoio, incentivo e alegrias compartilhadas.

A minha irmã Monica,

Que sempre compartilhou comigo todos os sonhos e conquistas.

Ao meu sobrinho Lucas,

Que nos momentos mais difíceis me deu razão para sorrir e seguir em frente.

AMO VOCÊS!

Agradecimentos

Á DEUS por guiar meus passos, iluminar minha mente e me levantar nos momentos de dificuldade.

*À orientadora e amiga, **Profª Drª Ana Cristina Mancussi e Faro**, pela competência e respeito com que conduziu este processo, do alvorecer da idéia até a sua síntese.*

*À **Drª. Taka Oguisso** e ao **Dr. Paulo Fernando de Souza Campos**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*À **Patrícia**, pelo imenso carinho na correção de português desse trabalho.*

*A todos os **amigos e colegas** que de uma forma contribuíram para a realização deste trabalho, meus agradecimentos.*

“Determinação coragem e auto
confiança são fatores decisivos
para o sucesso.

Se estamos possuídos por uma
inabalável determinação
conseguiremos superá-los.

Independentemente das
circunstâncias,devemos ser
sempre humildes,recatados e
despidos de orgulho”.

(Dalai Lama)

Souza LA. *Trajetória histórica da reabilitação na cidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

O interesse mundial pela Reabilitação ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: as duas grades guerras mundiais, o processo acelerado de urbanização e industrialização o que direta ou indiretamente favoreceu a propagação de epidemias e aumento de acidentes de trabalho, com isso, emerge a necessidade de restituir as pessoas que necessitavam de reabilitação quanto às capacidades físicas, emocionais, sociais e familiares. O surgimento de instituições de atendimento a pessoas com deficiências no Brasil, data de períodos históricos diferentes e adotam modelos também diferentes de acordo com as circunstâncias e agentes de sua constituição, bem como com o tipo de deficiência a que se destina reabilitar. No tocante à enfermagem, o papel educativo e reabilitador do enfermeiro, são considerados desde o início da Enfermagem Moderna, quando Florence Nightingale, na Guerra da Criméia em 1859, prova a eficiência das enfermeiras treinadas para a recuperação dos soldados na manutenção e continuidade da vida, do retorno ao lar e à família. Esse estudo tem como objetivo descrever a trajetória histórica dos serviços que proporcionavam aos indivíduos incapacitados assistência no âmbito da reabilitação, identificar os fatores determinantes para criação de serviços de assistência em reabilitação na cidade de São Paulo e relatar os fatos que levaram à criação e desenvolvimento do Instituto Nacional de Reabilitação até os dias de hoje, conhecido como Instituto de Medicina Física e Reabilitação. Trata-se de uma pesquisa documental com análise categorial de dados históricos oficiais da Instituição em questão. O material foi submetido a técnica de análise de conteúdo conforme o pressuposto de Laurence Bardin. As análises dos dados revelaram três categorias importantes, uma referente a necessidades, que revelou quatro subcategorias: assistência; reabilitação profissional; atendimento integral e recursos humanos especializados. A segunda categoria denominada estrutural configurou duas subcategorias: dependências e leitos, e a última categoria denominada política, determinou outras quatro sub-categorias: administração e coordenação; financiamento e recursos; problema social e importância social e organização e planejamento. Os excertos dos documentos revelaram que fatores intrínsecos e extrínsecos, estão diretamente ligados a origem do Instituto de Reabilitação e posteriormente a Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro. Esses fatores determinaram que em 1950 a ONU, propusesse ao Hospital das Clínicas a criação de um Centro de Reabilitação, aprovada em dezembro de 1951, foi criado em caráter definitivo em 1958, anexa a Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em 1967, foi proposta a transferência desse Centro para o HC. Em 1968 o IR é extinto após perder apoio da ONU. Já em 1970 o então Governador determinou a criação do Centro de Reabilitação do HC, a DRPV, que é inaugurada em 1978. Em 1994, passa-se a chamar Divisão de Medicina e Reabilitação e em 2001 são inaugurado mais duas unidades dessa divisão, na Vila Mariana e no Jardim Umarizal.

PALAVRAS-CHAVE: História da Reabilitação; Reabilitação, Políticas Públicas

Souza LA. *Trajectory of rehabilitation in the city of Sao Paulo* [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The worldwide interest in rehabilitation occurred primarily through four historical events: the two world wars, the rapid process of urbanization and industrialization which directly or indirectly encouraged the spread of epidemics and an increase in accidents at work, thus emerges the need to restore people in need of rehabilitation as the physical, emotional, social and family. The emergence of institutions that care for people with disabilities in Brazil, data from different historical periods and adopt models also differ according to the circumstances of its constitution and officers, as well as the type of disability that is intended to rehabilitate. Regarding nursing, rehabilitative and educational role of the nurse, are considered from the beginning of Modern Nursing, when Florence Nightingale, the Crimean War in 1859, proves the effectiveness of trained nurses for the recovery of the soldiers in the maintenance and continuity of life, return to home and family. This study aims to describe the history of the services they provided to individuals with disabilities assistance in rehabilitation, to identify the determining factors for the development of rehabilitation services at the city of São Paulo and report the facts that led to the creation and development of National Institute of Rehabilitation to the present day, known as the Institute of Physical Medicine and Rehabilitation. It is a documental research with categorical analysis of historical data of the official institution in question. The material was submitted to the technique of content analysis according to the assumption of Laurence Bardin. Data analysis revealed three major categories, one related to needs, which revealed four subcategories: assistance, vocational rehabilitation, comprehensive care and skilled human resources. The second category called structural set up two subcategories: dependencies and beds, and the last category called politics, determined four other sub-categories: administration and coordination, funding and resources, social problems and social importance of organization and planning. The excerpts of the documents revealed that intrinsic and extrinsic factors are directly linked to the origin of the Rehabilitation Institute and later the Division of Vocational Rehabilitation Vergueiro. These factors have determined that in 1950 the United Nations, propose to the Hospital to establish a Rehabilitation Centre, approved in December 1951, was established permanently in 1958, annexed to the Chair of Orthopedics and Traumatology, Faculty of Medicine, University of São Paulo. In 1967, it was proposed to transfer this center for HC. In 1968 the IR is defunct after losing support of the ONU. Already in 1970 the Governor directed the creation of the Center for Rehabilitation of HC, the DRPV, which opened in 1978. In 1994, is set to call the Division of Medicine and Rehabilitation and in 2001 opened two more units are in this division, Vila Mariana and Garden Umarizal.

KEYWORDS: History of Rehabilitation, Rehabilitation, Public Policy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Deformidade Poliometítica, cópia de um lápide egípcia da 18º Dinastia ano 1580 a.C	17
Figura 2 -	Vista da Avenida Rebouças à direita – 1938	27
Figura 3 -	Vista do " <i>Quartirão da Saúde</i> " - década de 50	29
Figura 4 -	Instituto de Ortopedia e Traumatologia – 1951	31
Figura 5 -	Vista da Várzea do Carmo, a partir da encosta do Pátio do Colégio.....	37
Figura 6 -	Vista da Rua da Liberdade,1937	39
Figura 7 -	Organização dos documentos oficiais analisados	50
Figura 8 -	Categoria e unidade de contexto abordadas	51
Figura 9 -	Planta da Casa do Paraplégico	64
Figura 10 -	Trajetória Histórica das Instituições	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Crescimento da população dos bairros da cidade de São Paulo de 1872 á 1893.....	38
Tabela 2 -	Número de novas construções na cidade de São Paulo de 1920 à 1960	40

LISTA DE SIGLAS

AACD	Associação de Assistência a Criança Deficiente
AVD	Atividade de vida diária
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CCR	Centro de Convenções Rebouças
CME	Central de Material e Esterilização
COT	Clínica Ortopédica e Traumatológica
DASP	Departamento Administrativo de Serviço Público
DMR	Divisão de Medicina de Reabilitação
DRPV	Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENC	Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico
FEB	Força Expedicionária Brasileira
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HAS	Hospitalar Auxiliar de Suzano
HAC	Hospital Auxiliar do Cotoxó
HC	Hospital das Clínicas
IC	Instituto Central
ICr	Instituto da Criança
IMREA	Instituto de Medicina Física e Reabilitação
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
InCor	Instituto do Coração
InRad	Instituto de Radiologia
IOT	Instituto de Ortopedia e Traumatologia
IPq	Instituto de Psiquiatria
IR	Instituto de Reabilitação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PROESA	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto
SESI	Serviço Social da Indústria

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
Introdução	14
CAPÍTULO I: REABILITAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	16
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO NO MUNDO	16
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO NO BRASIL	22
1.2.1 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	27
1.2.1.1 Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas..	30
CAPÍTULO II: A ENFERMAGEM NO CENÁRIO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO	33
CAPÍTULO III: UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A CIDADE DE SÃO PAULO	37
CAPÍTULO IV: PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1 OBJETIVOS	42
4.2 METODOLOGIA	42
4.2.1 Limites Cronológicos do Estudo	44
4.2.2 Fontes e Locais da Pesquisa	45
4.2.3 Trajetória do Estudo	45
4.2.4 Procedimento de análise dos dados	46
CAPÍTULO V: ANÁLISE DO CORPUS E RESULTADOS	49
5.1 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS	49
5.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS	51
5.2.1 Fatores Relacionados à Necessidade de um Serviço de Reabilitação na Cidade de São Paulo	52
5.2.1.1 Necessidade de Assistência	52
5.2.1.2 Necessidade de Promover Reabilitação Profissional	56
5.2.1.3 Necessidades de Atendimento Integral	57
5.2.1.4 Necessidade de Formar Recursos Humanos Especializados	60
5.2.2 Fatores Estruturais	62
5.2.2.1 Estrutura e Dependências	62
5.2.2.2 Leitos Disponíveis para Reabilitação	65
5.2.3 Fatores Políticos	67
5.2.3.1 Administração e Coordenação	67
5.2.3.2 Financiamentos e Recursos	73
5.2.3.3 Problema e Importância Social	74
5.2.3.4 Organização e Planejamento	77
CONCLUSÕES	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
ANEXO 1	99
ANEXO 2	100
ANEXO 3	101

APRESENTAÇÃO

---

1. INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a questão da “Reabilitação” ocorreu no segundo ano de formada, na ocasião do ingresso em uma instituição em Brasília. Nela, onde trabalhei durante o período de 14 meses, foi possível observar que o objetivo principal era o de entender o ser humano como *sujeito da ação* e não como *objeto* sobre o qual se aplicam técnicas, simplesmente.

Ao regressar para São Paulo, tendo em vista o aprimoramento de conhecimentos sobre o tema, trabalhei novamente nessa área, em uma instituição filantrópica, com a finalidade de promover a prevenção e reabilitação de pessoas com deficiência física, especialmente, crianças, adolescentes e jovens, a fim de colaborar para a integração social desses indivíduos.

O trabalho realizado nessas instituições possibilitou a observação de que assuntos relacionados à reabilitação são dificilmente abordados, principalmente na área da Enfermagem. Essa constatação decorre também da escassez do tratamento desse tema durante o curso de Graduação em enfermagem.

A necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre Reabilitação e compreender o papel da enfermagem diante da problemática que envolve esse assunto foram aspectos motivadores para a participação do grupo de estudo e pesquisa: *Reabilitação e Funcionalidade em Enfermagem Traumato-Ortopédica*, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENC), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Entre as discussões realizadas pelo grupo, podemos destacar temas como: Deficiência e Incapacidade, Envelhecimento e Funcionalidade, Família e Cuidador Familiar, Incapacidade e Lesão Medular.

Nesse contexto, durante uma das discussões do grupo de pesquisa, surgiram dúvidas sobre a real trajetória da Reabilitação no Brasil, em São Paulo, especificamente. O objetivo principal era entender como se deu o desenvolvimento dessa nova área.

Enquanto profissionais da área de Reabilitação e membros do grupo de pesquisa, acreditávamos que a Reabilitação no Brasil tornou-se notável em São Paulo na década de 60 com a epidemia da poliomielite. Ao procurar esclarecer essa dúvida, buscamos junto à bibliografia existente, dados que sustentassem esse achado. Entretanto, percebemos que não há um marco inicial da Reabilitação no Brasil, nem notoriamente em São Paulo, onde se entende a Reabilitação em seu contexto global. Não encontramos, ainda, informações concretas que explicassem como a enfermagem iniciou suas atividades nessa área.

Dessa forma, decidi ingressar no Mestrado para aprofundar o estudo da trajetória da Reabilitação em São Paulo e entender como essa se iniciou, propriamente, no atual Instituto de Medicina Física e Reabilitação, IMREA que faz parte do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP, antiga, Divisão de Medicina e Reabilitação, DMR.

CAPÍTULO I

REABILITAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO NO MUNDO

Ao longo da história da humanidade, temos percebido que as pessoas portadoras de deficiências motoras, sensoriais, mentais ou de natureza congênita, receberam tratamentos diferenciados, de acordo com a cultura em que viviam^(1,2,3).

Sabemos que muitos dos deficientes foram ridicularizados, perseguidos ou ignorados. Por exemplo, os homens primitivos abandonavam pessoas portadoras de deficiência, pois tinham a cultura de que somente os “indivíduos perfeitos” deveriam sobreviver. O que a população pretendia nessa época era curar os portadores de uma deficiência incômoda, ou mesmo, inaceitável, simplesmente para se livrar do problema^(2,4).

Na Antiguidade, período compreendido aproximadamente ente 4.000 a.C. a 395 d.C., já se registravam inquietações com as pessoas que apresentavam “tais defeitos”. Havia uma preocupação em eliminar essas diferenças, por meio de recursos, técnicas, instrumentos e/ou procedimentos^(1,3).

Nessa época, os estudos ou aplicações, nos quais o interesse fosse voltado para evitar a ocorrência de morbidades, eram inexistentes. O foco do trabalho era, fundamentalmente, dirigido pela ocorrência de doenças e de deformidades instaladas visíveis e incômodas. Porém, em algumas regiões específicas, houve uma preocupação diretamente relacionada ao assunto, como na Grécia, mas isso, na época, não foi suficiente para o desenvolvimento das ações relativas ao cuidado com o corpo humano^(2,5,6).

No Egito em 1580 a.C., já existiam relatos de portadores de doenças causadoras de má formação, poliomielite, o que demonstra que já causavam impacto na época (Figura 1).

Figura 1 - Deformidade Poliomelítica, cópia de um lápide egípcia da 18ª Dinastia

Em 460 a.C., Hipócrates, pai da Medicina, descreveu deformidades e escreveu em um de seus livros “Deve-se ter em mente que o exercício fortalece e a inatividade define”. A obra passou a ser considerada, a base da medicina física e de Reabilitação. É importante ressaltar que nessa mesma época já existiam registros de utilização de membros artificiais ^(4,7,8).

Galeno (170 d.C.), um médico romano que viveu aproximadamente entre 130 a 200 d.C., descreveu pela primeira vez na História a relação entre os ossos e os músculos do corpo, contribuindo de forma significativa para os avanços dos estudos sobre a Reabilitação física ^(4,8).

Sobre esse aspecto, podemos citar diversas formas de tratamentos e dispositivos auxiliares que foram registrados há milhares de anos. Entre eles, citamos a helioterapia, que tem sido usada desde os tempos da mitologia. Nela, o sol era tido como Deus com poderes curativos⁽⁴⁾.

No que diz respeito ao início da era cristã, reconhecida como época de Jesus, é a eletroterapia que tem seu uso destacado pela primeira vez quando um homem, andando pela praia, sofreu uma descarga elétrica ao pisar em um peixe elétrico. Após esse acontecimento, ele relatou melhora da gota instantaneamente ^(2,4).

Já durante a Idade Média, período compreendido entre os séculos IV e XV, em todos os setores da sociedade predominou uma concepção de ordem estabelecida pelo poder divino. A fé era uma obrigação de todos, acreditava-se que os eventos naturais eram *obra divina* ou *demoníaca*. Isso explica as razões pelas quais os estudos da Medicina foram interrompidos, sobretudo, da Reabilitação ^(2,7,9).

Observamos que essa interrupção se dá por dois motivos principais. O primeiro refere-se ao fato de o corpo humano ser considerado algo “inferior”. Na verdade, havia uma valorização do culto à alma e ao espírito. O segundo aspecto diz respeito ao interesse de o clero e a nobreza manterem o foco na atividade física em si, já que o exercício não era mais aplicado com vista à cura, e sim apenas a melhora do potencial físico ⁽²⁾.

Quanto ao período compreendido entre os séculos XV e XVI, chamado de Renascimento, notamos que os rígidos padrões estabelecidos da Idade Média sofreram decadência. Foi nesse contexto que surgiram as Universidades e, com isso, a população buscou a compreensão do mundo e o aprimoramento do conhecimento ^(8,9,10).

Nessa mesma época, o Humanismo e as Artes desenvolveram-se, permitindo o retorno dos estudos relativos aos cuidados com o corpo. Assim, Mercurialis (1569) apresentou os princípios definidos como ginástica médica, pois acreditava que os exercícios eram importantes para conservar um estado saudável. Para o autor, a regularidade da prática de atividades físicas ajudava nessa conservação. Suas pesquisas demonstraram que não apenas os enfermos como também as pessoas sedentárias, podiam usufruir dos benefícios dos exercícios físicos, melhorando, sua qualidade de vida. A preocupação com a atividade física nesse período não estava apenas relacionada ao tratamento ou cuidados com o organismo, mas também à manutenção das condições normais do organismo consideradas sãs ^(2,3,9). Esses novos conceitos permitiram abranger dimensões além da prática curativa, algo que, atualmente, poderia ser considerado como “promoção da saúde” ^(2,3).

Nessa perspectiva, em 1849, Don Francisco Y Ondeano Amorós, dividiu a ginástica em quatro pontos. Sendo um deles, a Cinesioterapia,

tinha como princípio a manutenção da saúde forte, no tratamento das enfermidades, reeducação dos convalescentes e correção de deformidades⁽²⁾.

Com a Revolução Industrial, período historicamente compreendido entre os séculos XVIII e XIX, houve uma mudança na sociedade determinada pela produção em grandes escalas, mediante a utilização de máquinas, intensificando, assim, o trabalho operário. Com isso, surgiu um problema gerado pela crescente utilização de máquinas nas indústrias: o número de acidentados de trabalho cresceu proporcionalmente^(2,9,10).

O aumento das jornadas de trabalho, as condições sanitárias inapropriadas e as condições alimentares insatisfatórias provocaram o aparecimento e a proliferação de novas doenças. Isso fez com que a Medicina desenvolvesse estudos voltados para essas enfermidades^(2,3).

Por esses fatores, a Medicina sofreu uma evolução dirigida para o atendimento do indivíduo doente, conhecida como “medicina curativa e recuperativa”, com a idéia do atendimento hospitalar. Dessa forma, a Medicina da era do surgimento e desenvolvimento da indústria, pautada no tratamento de enfermidades, deixou de lado o caminho que o Renascimento trazia, com a manutenção das condições satisfatórias de saúde e prevenção de doenças^(2,3).

Entretanto, nessa época da Revolução Industrial, alguns estudiosos continuaram a desenvolver o conhecimento na área da saúde. Como é o caso do médico britânico John Hunter, que no século XVIII, descreveu o que se tornou a base da reeducação da musculatura e a importante relação entre a força do paciente e a amplitude de movimento. Assim, em 1832, surgiu na Alemanha a primeira escola destinada a deficientes físicos⁽²⁾.

Nos séculos XIX e XX, iniciaram-se as especializações, de forma organizada e mais definida, no sentido de compartimentar uma área de estudo e campos de atuação profissional. Não interessava a percepção global dos problemas, incluindo sua rede de determinantes, mas, principalmente, as técnicas diretas de “conserto”, ou de “reabilitação” para que o indivíduo voltasse a conviver e atuar em uma sociedade “integrada e produtiva”⁽²⁾.

Foi no século XX, em que os hospitais foram orientados no sentido da especialização, e dentro do conceito, restritos à cura, visava-se apenas à lesão ou o distúrbio que levou o paciente a procurar o médico. O hospital não restituía o paciente, de modo a estabelecer bem estar de sua família e de seu grupo social⁽¹¹⁾.

Essa lógica da especialização profissional produz avanços tecnológicos para campos diversos. Com isso, aumentou consideravelmente a possibilidade de conhecimento e compreensão da natureza dos fenômenos das diversas especializações em medicina, estudadas⁽²⁾.

Com a necessidade de realizar um trabalho integral para o paciente, criou-se a quarta função da saúde. Depois da promoção, prevenção e recuperação propriamente dita, nasceu a reabilitação⁽¹¹⁾.

Em 1938, um desejo de estabelecer normas e requisitos para a prática da Medicina de Reabilitação deu origem à Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Essa mesma academia criou, em 1948, a Câmara Americana de Medicina Física e Reabilitação⁽¹²⁾.

Sabe-se que a História da Reabilitação está relacionada ao crescimento da consciência e da responsabilidade social. Com isso, tornou-se evidente o interesse mundial por essa especialidade, o qual foi determinado por quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais, o processo acelerado de urbanização e industrialização, favorecendo a propagação de epidemias e aumento do número de acidentes de trabalho^(13,14).

As duas Grandes Guerras Mundiais trouxeram à tona a problemática de um número enorme de indivíduos feridos, ou ainda, incapacitados físicos, em que as causas não eram congênitas. Na maioria das vezes, eram jovens com expectativas de futuro. Desde então, nasceu a necessidade de propiciar aos sobreviventes da guerra a restituição de suas capacidades individuais e sociais^(13,14).

Assim, já durante a Segunda Guerra Mundial, a Medicina começou a priorizar estudos focados na necessidade de estabelecer um conceito para restaurar o doente no seu potencial máximo. A intenção era possibilitar-lhe o

regresso à sociedade, melhorando, com isso, suas condições em todas as esferas biológicas, psicológicas, sociais e espirituais^(11,14,15).

Antes dos registros de guerras com o grandioso número de feridos, já existia, na Holanda, a Associação de Fisioterapia e Sociedade de Fisioterapeutas Médicos. No entanto, a Medicina de reabilitação foi registrada como especialidade médica apenas a partir de 1955. Porém, é importante ressaltar que, nesse país, o primeiro Centro de Reabilitação, chamado Militar Centro de Reabilitação, foi criado em 1944, na última fase da Segunda Guerra Mundial, com o intuito de atender os feridos da Guerra. Anos mais tarde, o primeiro Centro Civil de Reabilitação também foi inaugurado nesse país, originado de acordo com os modelos americanos da época⁽¹⁶⁾.

Foi na década de 50, que surgiu, na Grã-Bretanha um serviço pioneiro, que se destinava à recuperação dos incapacitados, funcionários das indústrias. O serviço especializado, organizado pelo Governo, era composto de 15 Centros de Reabilitação Industrial situados de Norte a Sul do país. Em um ano, aproximadamente 10 (dez) mil pessoas passaram por esses centros. Oito em cada dez pessoas completaram o curso de reabilitação, podendo, a maior parte delas, retornar ao mercado de trabalho^(10,17).

Entre as décadas de 80 e 90, foi utilizada em muitos países a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Desenvolvida em 1976, era conhecida como CIDID, ela foi um ponto de partida que, logo após, deu origem à CIF - Classificação Internacional de Deficiências. Essa, traduzida para o português em 2003, apresenta uma linguagem universal: a da funcionalidade^(18,19,20).

Finalmente, em dezembro de 2006, foi aprovado pela ONU, com unanimidade, o documento identificado como “Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência”. Ele ratifica todos os direitos dos cidadãos com deficiência e proíbe a discriminação em todos os aspectos de vida, incluindo os direitos civis, econômicos e sociais, tais como, o direito à educação, aos serviços de saúde e à acessibilidade. O documento também inclui o acesso à justiça, bem como à liberdade e à segurança de cada indivíduo como

pontos fundamentais de respeito aos direitos humanos além de garantir a inerente dignidade da pessoa com deficiência⁽²¹⁾.

É importante reconhecer que as mudanças sociais, políticas, educacionais e os avanços tecnológicos contribuíram para a organização e sistematização de centros de reabilitação. Além disso, houve o despertar da conscientização social e humana em relação às pessoas portadoras de deficiência^(11,13).

1.2. ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO NO BRASIL

A História da reabilitação no Brasil é composta por vários fatos importantes. Entre eles, tem-se o registro de que no final do século XIX, o Imperador Dom Pedro II, preocupado com o problema dos cegos, enviou à França um médico, para que ele estudasse e trouxesse ao nosso país conhecimentos acerca dessa deficiência. Na sequência, surge o Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro, para assistência de pacientes com esse tipo de deficiência. Vale destacar que o instituto desenvolve suas atividades até os dias de hoje ⁽¹²⁾.

Os avanços da Medicina européia manifestados também pela eletroterapia e hidroterapia despertaram no Brasil uma tentativa de acompanhar essas inovações. Com isso, num período não muito preciso, entre 1879 e 1883, surgiu no Rio de Janeiro, o primeiro gabinete de Eletroterapia da América do Sul. Registros históricos mostram que, em 1871, foi criada a Casa das Duchas, onde se utilizava água doce ou do mar para tratamentos das doenças ⁽¹²⁾.

Já em 1932, ainda no Rio de Janeiro, foi inaugurada, na Faculdade de Ciências Médicas, a cátedra de Fisioterapia Médica, reconhecida como a primeira escola de Medicina no Brasil a ensinar Fisioterapia para seus estudantes ⁽¹²⁾.

Logo após o término da II Guerra Mundial, ocorreu nos Estados Unidos e na Europa um movimento para organização de centros de

reabilitação, na intenção de reabilitar soldados que sofreram algum tipo de lesão física durante as batalhas. É a partir daí que muitos médicos foram para os Estados Unidos e Europa, a fim de adquirir conhecimentos sobre essa nova área, pouco difundida no Brasil nesse período ^(22,23,24).

Na realidade, é possível observar que, na sociedade brasileira, o surgimento de instituições de atendimento às pessoas com deficiências data de períodos históricos diferentes. Os modelos de tratamento adotados por elas também eram diferenciados porque oscilavam de acordo com as circunstâncias e agentes de sua constituição, bem como com o tipo de deficiência a que se pretendia reabilitar. Já nos países onde existiam centros de reabilitação completos, constatou-se que o surgimento dessas instituições decorreu da época correspondente ao período histórico vivenciado após os acontecimentos da II Guerra Mundial. A filosofia de cada instituição dessa natureza está quase sempre relacionada ao contexto da época de sua criação ^(22,25,26).

O Brasil passa por esse mesmo processo quando, porém, as instituições de reabilitação não surgem devido a demanda ocasionada pelas guerras, e sim, pela grande epidemia de poliomielite, na década de 50, de modo criar os primeiros centros de Reabilitação Médica para o tratamento de sequelas dessa moléstia ^(11,26).

Antes disso, algumas instituições tratavam pacientes atingidos por alguma moléstia crônica, com o objetivo de desenvolver a Reabilitação, ou uma de suas fases. É o caso do Hospital São Luiz Gonzaga que, em 1945, iniciou um serviço de laborterapia, destinado a oferecer algumas ocupações aos pacientes tuberculosos, enquanto lá estavam internados ⁽¹¹⁾.

Em 1943, o Governo Federal manifestou-se sobre a causa de pessoas portadoras de doenças do aparelho locomotor. Em junho desse mesmo ano, foi aprovada a Portaria 359/1943, em que o Ministério da Educação e Saúde nomeou a Comissão de Assistência a Mutilados, fato que reafirmou um olhar especial de preocupação às pessoas com algum tipo de deficiência. Em maio de 1944, a Portaria 260/1944, do mesmo Ministério, incorporou essa comissão à Divisão de Organização Hospitalar, com o

objetivo de empregar um plano definitivo de Serviço de Assistência aos Mutilados ⁽¹¹⁾.

O Decreto lei 5895, de 1943, atribuiu autoridade ao Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) para aproveitar os indivíduos com capacidades limitadas, de modo a oferecer-lhes alguma função possível de ser desempenhada dentro de suas limitações. No entanto, apenas em 1947, inaugura-se o primeiro Serviço de Medicina Física e Reabilitação, no Rio de Janeiro, com proposta de atividades para execução de programas de Reabilitação Médica propriamente dita ^(11,12).

Em 1946, Maria Hecilda Campos Salgado, após cuidar de três crianças portadoras de deficiência em um abrigo, funda o Lar Escola São Francisco, com o objetivo de atender crianças portadoras de necessidades especiais. Em 1991, para aperfeiçoar melhor o serviço, foi firmado um convênio entre a instituição e a Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo ⁽¹¹⁾.

A primeira clínica a receber o nome de Centro de Reabilitação no Brasil foi o Centro Piloto de Reabilitação do Sesi - Serviço Social da Indústria, criado em agosto de 1950, na cidade de São Paulo. No entanto, já naquela ocasião, existiam registros da Associação de Assistência à Criança Defeituosa, que hoje passou a ser chamada Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). De caráter filantrópico, a AACD apresenta destaque social, sendo reconhecida como instituição destinada a tratar crianças portadoras de sequelas da poliomielite, paralisia cerebral ou defeitos congênitos ^(11,12,23).

Nessa mesma ocasião, a Organização das Nações Unidas (ONU) deu início à realização de uma das suas metas mais importantes: a implantação de um Instituto de Reabilitação em um país da América Latina ^(11,23).

Para concretizar seu objetivo, a ONU escolheu a cidade de São Paulo para instalação desse Instituto, que na época era uma cidade com um número grande de pessoas que necessitavam de reabilitação. Segundo a literatura, a cidade possuía 29.000 fábricas e 840.000 operários, além do Hospital das Clínicas, um hospital escola, com foco na pesquisa, ensino e treinamento de seus profissionais ^(11,23).

Em 1953, realizou-se em São Paulo o 1º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia, onde foi apresentado um trabalho sobre a importância econômica e social da reabilitação em nosso país, situando a posição dessa nova especialidade nas instituições de São Paulo^(11,23).

É também em 1953 que ocorre a maior epidemia de poliomielite registrada no Rio De Janeiro. O fato fez com que em 1954, um grupo da sociedade carioca se empenhasse em criar o primeiro centro de reabilitação, destinado ao atendimento de menores e adultos portadores de deficiência física. O objetivo era o de implantar e desenvolver a Reabilitação em sua prática de um modo integrado, dentro de um moderno conceito definido pela Organização Mundial da Saúde, como: aplicação de medidas médicas, sociais, educativas e profissionais. Nesse contexto, nasceu a Associação Beneficente de Reabilitação. Ainda no ano de 1954, fundou-se a Sociedade Brasileira de Fisioterapia, que em 1959, passou a ser designada Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação^(12,13,23).

Dois anos depois, a instituição *Sociedade Brasileira de Fisioterapia* deu origem à Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, com o propósito de formar profissionais de nível superior capacitados para atender essa demanda de pacientes^(13,27).

Em 1956, na cidade de São Paulo surge o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), idealizado desde 1950, com a proposta da ONU. Recebeu também a colaboração da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1958, o INAR teve sua denominação alterada para Instituto de Reabilitação (IR)^(11,23).

Nos outros Estados, especificamente, em Salvador, na Bahia, em 1958 inaugura-se um serviço de Reabilitação particular. Simultaneamente, surgiram em Minas Gerais e Pernambuco, outros núcleos de Reabilitação com caracterização e objetivos semelhantes^(11,12).

Em 1959, no Rio de Janeiro, surgiu o Instituto de Reeducação Motora, primeiro centro dedicado à prevenção da paralisia cerebral e ao tratamento de crianças com problemas de alto risco. Um ano depois, em maio de 1960, foi criado o Serviço de Reabilitação do Departamento de Profilaxia da Lepra, da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo^(11,23,24).

No ano de 1961, é o Estado de Brasília, especificamente o Distrito Federal, que se engaja com um serviço público de reabilitação, chamado

Sarah Kubitscheck, pertencente à Fundação das Pioneiras Sociais. Atualmente, esse Centro Nacional tem serviços instalados em diversos Estados do Brasil⁽¹²⁾.

Entretanto, é relevante informar que a maior parte das Instituições destinadas a reabilitar é criada por iniciativas particulares⁽¹¹⁾.

Referente à especialidade médica, que trata da Reabilitação, a Fisiatria, essa só foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira em 1972, quando os títulos de especialista passaram a ser fornecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação⁽¹²⁾.

No que diz respeito à política de inclusão social das pessoas com deficiência, no Brasil, desde 1988 existe a Constituição que originou a Lei nº 7.853/1989, que “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência”, sendo posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 3.298/1999. Esses documentos nacionais, com destaque para o Decreto nº 5.296/2004, conhecido como o decreto da acessibilidade, atribuem caráter de igualdade aos cidadãos, conforme o ideário da Convenção da ONU. Assim, cabe repetir que as questões referentes às pessoas com deficiência são conduzidas na esfera dos direitos humanos desde 1995, quando passou a existir, na estrutura do governo federal, a Secretaria Nacional de Cidadania do Ministério da Justiça⁽²¹⁾.

Em 2007, o Brasil assinou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que proíbe a discriminação e reforça pontos fundamentais de direitos humanos, demonstrando o compromisso do governo federal quando trata desse assunto⁽²¹⁾.

Ao detalhar resumidamente os fatos históricos aqui expostos, entende-se que eles constituem o cenário atual da reabilitação no Brasil, onde figuram diferentes instituições com modelos assistenciais diversos.

1.2.1 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A idéia de criar em São Paulo um Hospital onde o ensino médico, a produção de conhecimento e a perspectiva de melhores resultados, bem como a necessidade de oferecer mais amplos locais de atenção à saúde da população em um mesmo lugar, deram origem ao projeto de criação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)^(28,29).

Durante os anos de 1923 a 1926, ocorreram negociações em torno da assinatura do compromisso entre o Governo do Estado e a Fundação Rockefeller para planejamento e início das obras desse Hospital. Entre os anos de 1929 e 1930, o projeto de construção foi finalizado. Esse período foi marcado por definições de prioridades de ensino das cadeiras básicas e para os trabalhos de pesquisa do pessoal docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo^(28,29).

Entre 1931 e 1938, as negociações para o início do Hospital foram finalizadas. E de 1938 a 1944, houve a construção do complexo Hospitalar, atualmente o Instituto Central^(28,29).

O local escolhido para construção do Hospital das Clínicas foi um quarteirão da Avenida Rebouças. A ilustração abaixo, da década de 30, demonstra esse local.

Figura 2 - Vista da Avenida Rebouças à direita – 1938

Em 18 de março de 1942, a Comissão de Instalação e Organização do Hospital das Clínicas é organizada com a finalidade de proceder a todos os estudos necessários, mesmo aos que precisassem anteceder ao funcionamento do Hospital^(28,29).

Na época, o Hospital das Clínicas custou trinta e dois milhões de cruzeiros para sua construção e onze milhões de cruzeiros para sua montagem. A Prefeitura da cidade de São Paulo gastou mais de um milhão de cruzeiros para criar a atual Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar^(28,29).

O Hospital das Clínicas foi oficialmente reconhecido pelo Decreto-Lei 13.192, de 19 de janeiro de 1943, na gestão do interventor federal em São Paulo, Fernando Corrêa de Costa, com personalidade jurídica e patrimônio próprio^(27,28).

Sua inauguração aconteceu em 19 de abril de 1944, pelo próprio interventor Federal, dentro das solenidades comemorativas do aniversário natalício do presidente Getúlio Vargas^(28,29).

Seu funcionamento permitiria solucionar o grande problema da precariedade dos recursos médicos e hospitalares do Estado de São Paulo, que através do Decreto-Lei 14.334 de 30 de novembro de 1944 passou a possuir novo quadro de divisão territorial, compreendendo 139 comarcas, 305 municípios e 668 distritos, cuja população nesse ano era de 7.300.00 habitantes. Nesse período, as doenças de maior incidência eram paludismo (Malária), leishmaniose e blasto micose⁽²⁸⁾.

Uma década após sua inauguração, o Hospital das Clínicas era suficiente para atender aos casos de emergências da capital, municípios limítrofes e grande parte das cidades do interior do Estado. Atendia também os casos que necessitavam de tratamento específico. A grande procura era justificada pela ausência de recursos médicos especializados em grande parte das unidades da federação, além de o hospital adquirir a fama de possuir os melhores recursos técnicos e científicos para resolução dos casos mais difíceis^(28,29).

O complexo do Hospital das Clínicas nos anos 50 pode ser observado na figura 3 que se segue.

Figura 3 Vista do "Quartirão da Saúde" - década de 50

O HC-FMUSP é formado, atualmente, por oito institutos especializados, correspondentes aos departamentos congêneres da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São eles:⁽²⁹⁾

- Instituto Central (IC)
- Instituto da Criança (ICr)
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT)
- Instituto de Psiquiatria (IPq)
- Instituto de Radiologia (InRad)
- Instituto do Coração (InCor)
- Instituto do Câncer
- Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA), que integra a REDE LUCY MONTOURO.

Também fazem parte da estrutura do HC as seguintes unidades:⁽²⁹⁾

- Centro de Convenções Rebouças (CCR)
- Unidade Hospitalar Auxiliar de Cotoxó (HAC)
- Unidade Hospitalar Auxiliar de Suzano (HAS)

Hoje, conta também com a HCTV, o canal de televisão na internet do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ela nasceu inspirada na missão do HC e da FMUSP: “de ser um espaço para debater, educar e informar sobre variados temas médicos, com base na pesquisa de ponta, nos estudos acadêmicos, no dia-a-dia da sala de aula e, mais ainda, na promoção da saúde, e prevenção de doenças”⁽²⁹⁾.

O canal inaugura as atividades com a missão de auxiliar a troca de informações entre os profissionais da área e de levar conhecimento sobre

saúde e qualidade de vida à população. O HCTV ainda tem uma ampla grade de programação audio-visual produzida diariamente, entre programas jornalísticos, entrevistas e curiosidades sobre o hospital⁽²⁹⁾.

1.2.1.1 Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas

A Clínica Ortopédica e Traumatológica correspondente à 19ª Cadeira da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi a primeira clínica a ser transferida para o Hospital das Clínicas, mais especialmente, o pronto socorro. Regulamentada pelo Decreto-Lei 14.256 de 26 de outubro de 1944, sob a direção do Professor Francisco Elias de Godoy Moreira, assistido pelos doutores Edmundo de Souza Campos Batalha, Flávio Pires de Camargo, Lauro Barros de Abreu e José Passarelli Junior⁽³⁰⁾.

O pronto socorro tinha por atribuições principais: prestar atendimento aos traumatizados do aparelho motor e ao tratamento da paralisia infantil, dar assistências às crianças inválidas e defeituosas encaminhadas pelo Departamento Estadual da Criança, além do ensino e pesquisa⁽³⁰⁾.

Com o crescente movimento do Hospital das Clínicas, na década de 40 já não era possível dar vazão aos pedidos de socorros médicos. Como solução, foi aprovado pelo Conselho de Administração, em oito de maio de 1944, o anteprojeto da construção de um edifício, onde um número maior de doentes poderia ser tratado com mais qualidade⁽³⁰⁾.

O Edifício da Clínica de Ortopedia e Traumatologia (COT) foi inaugurado em 30 de setembro de 1950. Na ocasião, foi homenageado com a bengala do Presidente dos Estados Unidos (1933-1945) Franklin Roosevelt, acometido pela paralisia infantil⁽³⁰⁾.

A figura 4 ilustra o Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1951.

Figura 4 Instituto de Ortopedia e Traumatologia – 1951

No início da década de 50, São Paulo experimentava uma epidemia de poliomielite. O Instituto de Ortopedia e Traumatologia tinha a função de receber os casos de poliomielite, em fase de comprometimento respiratório. Para isso, contava com toda a infra-estrutura necessária: respiradores e pulmões de aço⁽³⁰⁾.

Em 27 de agosto de 1951, deu-se início às atividades ambulatoriais, tendo nesse mesmo ano ocorrido a inauguração do Serviço de Enfermagem com 150 leitos⁽³⁰⁾.

O Prédio da Clínica Ortopédica e Traumatológica foi inaugurado, oficialmente, em 31 de julho de 1953, com 200 leitos em funcionamento e uma capacidade de 270 leitos, faltando para seu término quatro alas, sendo três para os 70 leitos restantes e uma quarta para a Reabilitação Ortopédica⁽³⁰⁾.

A Clínica Ortopédica e Traumatológica tinha a seguinte estrutura:⁽³⁰⁾

- 1) Centro Cirúrgico localizado no sexto andar, com quatro salas operatórias, além de lavabos, salas para anestesia e gesso, câmara escura, vestiários para médicos e pessoal da enfermagem - anexo ao Centro Cirúrgico estava o Centro de Material e o Centro de Recuperação, esse composto de três salas com capacidade para oito leitos, sendo quatro para crianças;

2) Banco de Ossos, cujo funcionamento data de 25 de maio de 1950, sendo originado devido à necessidade de ossos para enxertos e foi o primeiro organizado na América do Sul;

3) A Seção de Paralisia Infantil, fase aguda, com cinquenta leitos, foi equipada com pulmões de aço, pulmão-respirador e outros equipamentos necessários ao tratamento do paciente com complicação respiratória;

4) O Serviço de Fisioterapia, foi instalada uma piscina de água quente com 54m² de área, dois tanques de Hubbard, um turbilhão, além de cubículos destinados aos diferentes tratamentos mecânicos e elétricos, era uma das seções de mais movimento do Hospital. Todo o material necessário e indispensável como fornos de Bier, ultra-som, aparelhos de ondas curtas, ultravioleta, etc, se distribuíam por esses compartimentos;

5) A Oficina Ortopédica, entre os serviços técnicos, foi um dos setores mais importantes da Clínica Ortopédica e Traumatológica. Com localização no andar térreo, era composta de seção de mecânica, seção de couro, de carpintaria, salas de provas, além de ter sido equipada com o que havia de mais moderno referente a próteses e aparelhos ortopédicos;

6) A Terapia Ocupacional, no primeiro andar, desenvolvia o que se refere às atividades diversas/ diferenciadas e recreativas;

7) O ambulatório ocupava uma área no andar térreo com vários consultórios, duas salas de espera, duas de curativos, duas para retirada de gesso, uma câmara escura e uma secretaria;

8) A Seção de Registro ficava localizada no mesmo andar do ambulatório com todos os seus setores: matrícula, informações sobre doentes e internações;

9) O Serviço de Nutrição e Dietética, composto na época por cafeteria, refeitórios, cozinha e um pequeno “bar”, foi montado no sétimo andar;

10) O Serviço de Enfermagem, foi o primeiro no Brasil a desenvolver o setor de enfermagem de Saúde Pública Hospitalar, cujo campo de ação tem sido bastante vasto e de importância fundamental para o eficiente tratamento aos pacientes, com um programa de visitas domiciliares.

CAPÍTULO II

A ENFERMAGEM NO CENÁRIO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

No tocante à enfermagem de reabilitação, o enfermeiro está diretamente ligado à equipe multiprofissional como, educador, reabilitador e consultor, de forma a proporcionar ao paciente e seu cuidador um ambiente favorável para o desenvolvimento dos objetivos propostos e compartilhados, tendo como finalidade a melhor independência funcional, a prevenção de complicações secundárias e o agravamento das já instaladas, a adaptação do indivíduo e da família à nova situação, através de um processo holístico, essencialmente educativo⁽³¹⁾.

O papel educativo e reabilitador do enfermeiro são considerados desde o início da Enfermagem Moderna, quando Florence Nightingale, na Guerra da Criméia em 1859, provou a eficiência das enfermeiras treinadas para a recuperação dos soldados ^(32,33).

Os registros da Literatura mostram que as primeiras atuações da enfermagem, propriamente em Reabilitação, ocorreram em 1944, quando o Sr. Ludwig Guttmann, da Grã-Bretanha, criou o Centro de Traumatizados Medulares com o objetivo de normatizar o tratamento das lesões medulares, bem como, fazer a reabilitação dessas pessoas em todo seu contexto clínico e social ⁽²⁾.

No Brasil, em 1920, com a Reforma Sanitária foi criado o primeiro modelo da enfermagem em Saúde Pública, com objetivo das enfermeiras realizarem visitas domiciliares e educativas ⁽³⁴⁾.

Durante a II Guerra Mundial, organizou-se no Brasil a Força Expedicionária Brasileira (FEB), que contava em sua formação com o Batalhão da Saúde, composto por 186 profissionais. Dentre eles 67 enfermeiras, pioneiras no Exército, com o objetivo de cuidar dos brasileiros feridos na Guerra ⁽²⁷⁾.

Em *New York City*, em 1959, inaugurou o curso de enfermagem em reabilitação, mostrando que essa prática já se fazia presente nos países da América do Norte muito antes que no hemisfério sul⁽¹⁴⁾.

Em 1966, em Portugal, foi inaugurado o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, projetado pela Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, um centro de referência de nível nacional e internacional. Na época, foi considerado um projeto de vanguarda, pois além de ter sido pensado para atender os doentes e seus familiares, foi também idealizado para formação de pessoal habilitado nas várias áreas necessárias para seu funcionamento. A enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, Maria da Graça Augusta de Azevedo Simeão, fez parte da comissão instaladora desse centro. A enfermagem era responsável pelo setor de atividades de vida diária dessa instituição, o que retrata a importância da enfermagem em Reabilitação⁽¹⁴⁾.

Nesse Centro, formaram-se turmas de alunas em enfermagem de Reabilitação, onde se ministrava ensino de qualidade preocupado com a formação de profissionais capacitados para trabalhar nessa área de saúde⁽¹⁴⁾.

Em 1980, no Brasil, houve a preocupação de delimitar o serviço desenvolvido pelo enfermeiro dentro de um Centro de Reabilitação. Foi encaminhada uma proposta ao Ministério do Trabalho, de modo a divulgar as atividades desenvolvidas por esse profissional, definida como Classificação Brasileira de Ocupação das atividades do (a) Enfermeiro (a) de Reabilitação. Contudo, nessa década, dos poucos serviços existentes no Brasil para a reabilitação dos deficientes físicos, raros eram aqueles que empregavam o profissional enfermeiro na sua equipe⁽³⁵⁾.

Desde a década de 80, organizações Internacionais estimulam a formação e desenvolvimento de profissionais capacitados para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência, na intenção de que elas possam integrar a comunidade de forma produtiva. Isso marca o despontar da Reabilitação no Brasil com o enfoque no homem total. Para atingir tal objetivo, é necessário que o profissional da enfermagem seja membro da

equipe de reabilitação, com sua atuação focada na área do auto-cuidado e educação para a saúde ^(27,36,37).

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001, dispõe sobre a necessidade de organizar a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados, apontando no § 1º do Art. 2º, as redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física serão integradas por:⁽³⁸⁾

a) Serviços de Reabilitação Física - primeiro nível de referência intermunicipal

b) Serviços de Reabilitação Física - nível intermediário

c) Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação

d) Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado

Para atender às demandas de assistência às pessoas com deficiências, está previsto nos níveis b, c, d, "recursos humanos especializados para prestar assistência em reabilitação físico-motora", destacando o Enfermeiro capacitado e especializado em Reabilitação ⁽³⁸⁾.

Desde 1994, a ex Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na sua Divisão de enfermagem, oferece o Curso de Aprimoramento em Enfermagem em Reabilitação.

Em 2002, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, aconteceu o I Curso de Especialização de Enfermagem em Reabilitação. Com a formação de 15 enfermeiros especialistas na cidade de São Paulo, configurou-se como o primeiro curso de especialização no Brasil em universidade pública.

Barrel (1994) enfatiza a necessidade e a importância do profissional enfermeiro na reabilitação de pacientes com incapacidades neurológicas e neurocirúrgicas⁽³⁹⁾.

Nota-se que o processo assistencial de reabilitação do paciente em toda a história, desde a fase aguda, mostra a necessidade de trabalho em equipe interdisciplinar e transdisciplinar e a importância do profissional da enfermagem como parte integrante dela^(18,23,40,41).

Logo, entende-se que a Reabilitação é um processo educativo e assistencial, multiprofissional que prima pela busca compartilhada do desenvolvimento das capacidades remanescentes, prevenção do agravamento de incapacidades e do aparecimento de complicações. É compartilhada porque envolve o paciente, o cuidador familiar e o profissional especialista em reabilitação⁽³¹⁾.

Partimos do princípio de que Reabilitação contempla múltiplas dimensões, isto é, compreendida como um processo que vai além da recuperação de funções perdidas ou alteradas, podendo destacar como princípios norteadores do processo: interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, ética, autonomia do paciente e família, cidadania⁽⁴²⁾.

Nos tempos modernos, a atuação do enfermeiro na reabilitação é, essencialmente, a de educador em saúde, desde a definição do diagnóstico, seja ele traumático ou congênito, até a fase de independência funcional alcançada. O processo assistencial de enfermagem em reabilitação incorpora o conceito de independência funcional que envolve a realização das AVDs, as quais estão diretamente relacionadas à capacidade de autocuidado, ao cuidado do seu entorno e a participação social.

A avaliação neurofuncional pelo enfermeiro da assistência pré-hospitalar, tem sido de fundamental importância para a continuidade da Reabilitação^(31,42).

Historicamente, podemos observar a atuação do enfermeiro na reabilitação, na prevenção de complicações e no agravamento daquelas já instaladas pela educação em saúde, na recuperação da melhor independência e autonomia possível e na promoção da saúde, mostrando sua importância para que seja realizado um trabalho que atenda às necessidades de cada indivíduo no processo da recuperação de sua saúde.

CAPÍTULO III

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE A CIDADE DE SÃO PAULO

A estruturação da metrópole de São Paulo é resultado de um processo histórico que envolve ocupação urbana e a topográfica do planalto paulista⁽⁴³⁾.

No tempo do Império, de 1822 a 1889, São Paulo era uma cidade pobre, predominantemente colonial. A população paulistana era cerca de 20 mil habitantes. Não havia na cidade abastecimento de água, iluminação pública de qualidade, tornando as ruas escuras e os calçamentos existiam apenas em avenidas mais movimentadas. Nessa época, São Paulo não passava de uma vila provinciana^(43,44).

Para percorrerem grandes distâncias era necessário recorrer aos carros de bois. Só em 1873 é que apareceram os primeiros bondes de tração animal na cidade, os quais ligavam São Paulo a São Vicente. Nesse período, o café impulsionava a modesta economia da cidade⁽⁴³⁾.

A figura 5 abaixo, retrata uma parte na cidade no século XIX.

Figura 5 Várzea do Carmo a partir da encosta do Pátio do Colégio, 1862.

Já no início do século XIX, a cidade de São Paulo havia se estruturado como arredores articulados, favorecendo seu crescimento. São Paulo tornou-se metropolitana com a inauguração do sistema ferroviário, ligando Jundiaí à cidade de Santos em 1867. Tratava-se da instalação do primeiro eixo ferroviário moderno, aproximando o Porto das regiões de produção do café. Consolidando, assim, a rede ferroviária que transformou a metrópole em macrometrópole⁽⁴³⁾.

Esse processo favoreceu a urbanização dos bairros centrais da capital, de modo a expandir o território metropolitano da cidade. Com o passar do tempo, tornou-se o mais importante meio de transporte para as cidades do entorno e bairros mais afastados da periferia que estavam em formação⁽⁴³⁾.

A expansão da produção cafeeira e a implantação de uma rede ferroviária no Estado de São Paulo provocaram um vertiginoso aumento demográfico na capital. A substituição da mão-de-obra escrava pela assalariada atraiu para o Brasil grandes fluxos de imigrantes, provenientes dos países europeus e asiáticos. Muitos deles vieram trabalhar na lavoura das fazendas de café⁽⁴⁵⁾.

A Tabela 1 a seguir mostra o crescimento da população dos bairros na cidade de São Paulo na segunda metade do século XIX.

Tabela 1 - Crescimento da população dos bairros durante o período de 1872 a 1893

Distritos	1872	1886	1890	1893
Sé	9.213	12.821	16.395	29.518
Santa Ifigênia	4.459	11.909	14.025	42.715
Consolação	3.357	8.269	13.337	21.311
Brás	2.308	5.998	16.807	32.387
Penha	1.883	2.283	2.209	1.128
N. S. do Ó	2.023	2.750	2.161	2.350
São Paulo	23.243	44.030	64.934	192.409

Fonte: Morse R. Formação histórica de São Paulo, p. 238

A primeira linha de bondes elétricos a circular na cidade foi entre o Largo de São Bento e o bairro da Barra Funda, inaugurada em 1900. Com o passar dos anos, houve a expansão das linhas de bondes chegando a ter 567 carros em 1939⁽⁴⁵⁾.

A figura abaixo demonstra a quantidade de pessoas que os bondes transportavam na cidade naquela época.

Figura 6 Vista da Rua da Liberdade, em 1937

Em 1910, a população chegou a 375.439 habitantes, sendo que mais de 100 mil trabalharam como operários nas nascentes fábricas paulistas, das quais se destacaram as indústrias têxteis e alimentícias. Depois, vieram os sírio-libaneses e, a partir de 1908, os japoneses. Em 1917, calcula-se que a população da cidade tenha atingido 500 mil habitantes⁽⁴⁵⁾.

Na década de 20, a industrialização ganha novo impulso, a cidade cresce, e assim, em 1920, São Paulo já contava com 580 mil habitantes⁽⁴³⁾.

A partir da década de 40, a transformação urbana aconteceu em ritmo acelerado com a verticalização do centro com novos edifícios, o crescimento dos bairros e a expansão dos subúrbios. Trens, bondes, eletricidade, telefone, automóveis, rodovias, avenidas, arranha-céus inseriram, definitivamente, a cidade de São Paulo na era da modernidade⁽⁴⁵⁾.

É possível afirmar que as construções acompanharam esse surto de crescimento populacional, conforme apresenta a tabela 2, sobre o número de construções na cidade da década de 20 até a de 50.

Tabela 2 - Número de novas construções na cidade de São Paulo de 1920 à 1960.

Década	Número de novas construções
1920 á 1930	1.875
1901 á 1940	3.922
1940 á 1950	12.490
1950 á 1960	21.600

Fonte: Morse R. Formação histórica de São Paulo, p. 265

As características econômicas regeram o processo de expansão da cidade, que se dá fortemente na década de 50. Tal processo de expansão se materializou nas áreas periféricas⁽⁴³⁾.

No ano de 1940, o prefeito Prestes Maia colocou em prática o seu "Plano de Avenidas", com amplos investimentos no sistema viário. Em 1956, com a instalação das indústrias automobilísticas em São Paulo, a preocupação com o espaço urbano visava, basicamente, abrir caminho para os automóveis e atender aos interesses desse setor⁽⁴³⁾.

Em meados das décadas de 40 e 50, houve a instalação de indústrias de base e produção de produtos de consumo em massa e a ocorrência da transferência da população do campo para cidade, bem como os aumentos dos números de imigrantes. Isso faz com que ocorra uma enorme intensidade no processo de expansão. É esse aumento da população que sustenta a necessidade de um grande número de operários, servindo como força de trabalho para as indústrias⁽⁴³⁾.

Em 1950, houve a consolidação do parque industrial paulista atrelado ao projeto nacional Plano de Meta, criado por Juscelino Kubitschek para o crescimento do país. Assim, houve uma grande "injeção" de dinheiro na Grande São Paulo, em especial, na metrópole paulistana⁽⁴⁴⁾.

Em 1954, São Paulo comemorou o centenário de sua fundação com diversos eventos, inclusive a inauguração do Parque Ibirapuera, principal área verde da cidade, que passou a abrigar edifícios diversos projetados pelo arquiteto Oscar Niemeyer. Nesse ano, o parque industrial da cidade tornou-se, inclusive, o maior da América Latina, com 21 mil fábricas na capital, bastante diversificadas: indústrias de bens de consumo durável, automobilística e eletrodomésticos, bens intermediários, siderurgia, papel, petroquímica e borracha, e ainda, bens de capital, máquinas e equipamentos. Entre as décadas de 1950 e 1960, as indústrias paulistas já empregavam 585 mil operários^(43,45).

Com as mudanças das demandas habitacionais para periferia da cidade e o aumento expressivo dos trabalhadores atraídos pela oferta de emprego na metrópole, nasceu a consolidação para o padrão periférico de expansão urbana, aumentando de 34,6 habitantes por hectare em 1960 para a quantidade de 70,7 em 1987⁽⁴³⁾.

O processo histórico dessa estruturação da metrópole está relacionado a três fatores importantes, a saber: o aumento da periferia, o deslocamento das resistências dos trabalhadores para áreas de urbanização mais recentes e a desarticulação dos transportes públicos para esses locais. Sendo assim, entre 1950 e 1960, o capital imobiliário esteve voltado quase que integralmente para a produção de edifícios comerciais⁽⁴³⁾.

A grande transformação que ocorreu na cidade do café foi, sem dúvida, a configuração de uma segregação espacial mais clara: territórios específicos e separados para cada atividade e cada grupo social.

CAPÍTULO IV

PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 OBJETIVOS

Geral:

1. Descrever a trajetória histórica dos serviços que proporcionavam aos indivíduos incapacitados assistência no âmbito da reabilitação.

Específicos:

1. Identificar os fatores determinantes para criação de serviços de assistência em reabilitação na cidade de São Paulo.
2. Relatar os fatos que levaram à criação e desenvolvimento do Instituto Nacional de Reabilitação e, posteriormente, do Instituto de Medicina Física e Reabilitação até os dias de hoje.

4.2 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo histórico-social que se serviu da análise de conteúdo como técnica de pesquisa, a qual buscou identificar dados e informações nos registros de diversas fontes, a partir de questões ou hipóteses de interesse.

A análise de conteúdo, como técnica de investigação, constitui-se numa técnica de leitura e interpretação do conteúdo de toda e qualquer classe de documentos que, quando adequadamente realizada, proporciona o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social, de outro modo inacessível⁽⁴⁶⁾.

No século XIX, o registro priorizado pelo historiador era o documento escrito, sobretudo o oficial. Para Vieira (1989), o melhor historiador seria aquele capaz de manter-se o mais próximo possível dos textos, despojando-se de idéias preconceituosas. Acontece que por se tratar de um estudo voltado para fatos ocorridos há tempos, em torno de 30 a 40 anos, as fontes de pesquisa consistiam apenas em documentos históricos, contendo registros escritos, somente⁽⁴⁷⁾.

A valorização do documento como garantia de objetividade, tão presente entre os positivistas, exclui a noção de intencionalidade que está contida no objeto estudado pelo historiador. Nos nossos dias, entretanto, o registro se refere a uma variedade muito grande de manifestações do ser humano que evidencia e amplia o foco de atenção do historiador interessado em recuperar a trajetória dos homens em várias dimensões sociais⁽⁴⁷⁾.

Os documentos nesse tipo de pesquisa são muito diversificados. Há, de um lado, os documentos de “primeira mão”, que não receberam nenhum tratamento analítico. Nessa categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas. Incluem-se ainda inúmeros documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, etc. Por outro lado, há documentos de “segunda mão”, que de alguma forma ou de outra, já foram analisados, tais como: relatório de pesquisa, relatório de empresa, tabelas estatísticas, etc⁽⁴⁸⁾.

As fontes de pesquisa a que nos referimos para este estudo são: leis, decretos e relatórios anuais da instituição. Além disso, foram consultados livros, dissertações e teses com temas sobre a História da Reabilitação no Brasil e no mundo.

A perspectiva do estudo torna indispensável a consulta também a periódicos, como textos, artigos originais e de pesquisa, produzidos por

diversas categorias profissionais que trazem informes sobre o tema. Tal diretriz pode oferecer pontos de vista, versões e interpretações distintas que ajudam a caracterizar melhor o objeto de estudo⁽⁴⁶⁾.

A tarefa do historiador é encontrar e avaliar a evidência e, depois, analisá-la e interpretá-la. Assim, não existe uma fórmula para pesquisa histórica, nem um único método histórico, porém, existem regras de evidências⁽⁴⁶⁾.

Pode-se observar que o valor da história reside também como forma de lembrar a ocorrência sucessiva de fatos, suas motivações, consequências e impactos causados no contexto social⁽⁴⁶⁾.

Nesta pesquisa, foi possível dar voz a muitos atores, uma vez que a fundamentação do estudo foi construída por variadas fontes, tais como: atas, processos, leis, textos de relatórios, jornais e revistas científicas, entre outras. Essa variedade possibilita uma visão mais ampliada do passado, nem sempre encontrada nos documentos oficiais. Por isso, fez-se necessário realizar a recuperação das noções implícitas nos escritos interpretando-os no contexto da época em que foram produzidos.

4.2.1 Limites Cronológicos do Estudo

O pesquisador que se volta ao passado corre o risco de se ver à frente de uma considerável série de informações difíceis de serem fixadas no tempo e, às vezes, no espaço geográfico⁽⁴⁶⁾.

O ano de 1951 pode ser considerado como ponto de partida das análises, pelo fato de constituir o ano em que foi aceita a proposta da criação do Instituto Nacional de Reabilitação pela Organização das Nações Unidas. E o ano de 1994 se constitui no nosso ponto de chegada, com a mudança do nome da antiga DRPV, para Divisão de Medicina de Reabilitação, DMR.

4.2.2 Fontes e Locais da Pesquisa

O acesso aos documentos realizou-se por meio dos mecanismos requeridos em cada momento e em cada circunstância, respeitando as normas e os critérios de confiabilidade e de credibilidade.

Referente aos documentos oficiais do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, eles constituíram fontes alvo desta pesquisa e foram utilizados também como documentos de estudo, bem como os jornais da época e publicações em periódicos de referência aos objetivos do estudo. É essencial ressaltar que foram analisados vários arquivos da instituição, encontrados em diversas seções do prédio da administração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Estação Especial da Lapa, tais como:

- Bibliotecas;
- Arquivo do protocolo;

4.2.3 Trajetórias do Estudo

Para desenvolver este estudo, foi necessário um planejamento de pesquisa que se deu com o delineamento de um conjunto de ações que, combinadas, levaram à produção de um novo conhecimento pontuado por articulações entre os dados da literatura e a realidade estudada. Esse planejamento decorreu do tema-problema e dos referenciais teórico-metodológicos definidos para o estudo, assim como também da pergunta de pesquisa e dos objetivos do trabalho, citados anteriormente.

Para o início da coleta de dados, estabeleceu-se contato com a Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por meio de documentos formais* entregues na seção de Protocolos da Instituição, a fim de esclarecer o contexto da pesquisa e o percurso metodológico. Dessa forma, houve a concessão da

---

* ANEXOS 1 e 2

autorização para que o pesquisador pudesse coletar os dados pertinentes à realização da presente pesquisa*.

Em seguida, houve um encontro com a bibliotecária responsável da Instituição, Cecília Moraes de Mingo, que sugeriu que essa busca fosse feita no setor de protocolos e processos onde foram coletados os primeiros dados desta pesquisa.

Posteriormente, em contato com as relações públicas da então Divisão de Medicina de Reabilitação, Silvia Mayumi Yamamoto, foram coletados dados na Estação Especial da Lapa, já que a DMR, na Vila Mariana estava fechada para reforma e, na ocasião, suas atividades aconteciam nesse local. Os dados foram então coletados na biblioteca, sendo localizados, em sua maioria, nos jornais da época que retratavam parte da história da Instituição.

4.2.4 Procedimentos de Análise dos Dados

Cabe salientar ainda que, na análise desses documentos, foi necessário considerar que eles não são o espelho fiel da realidade examinada, pois constituem uma representação de partes e/ou momentos particulares dela. Foi importante não perder de vista, que a realidade é sempre analisada através do alcance de nosso olhar sobre ela⁽⁴⁸⁾.

Nesse sentido, o referencial adotado para pesquisa foi o do pesquisador Bardin (1997).

Com isso, a análise do material recolhido, no caso documental, buscou atingir três objetivos⁽⁴⁹⁾:

- ✓ Ultrapassagem da incerteza: dando resposta às perguntas e pressupostos.
  - Qual é a trajetória dos serviços de reabilitação na cidade de São Paulo?

---

* ANEXO 3

- Quais os fatores determinantes para a criação do Instituto Nacional de e da Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro, na cidade de São Paulo?
  - Quais fatos mostram a evolução do Instituto de Medicina Física de Reabilitação até os dias atuais?
  - A Reabilitação como serviço poderia ter se originado face à epidemia de poliomielite?
- ✓ Enriquecimento da leitura: ultrapassando o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas latentes.
  - ✓ Integração das descobertas: desvendando a lógica interna subjacente aos documentos.

Bardin (1997) organiza a análise do conteúdo em três fases cronológicas, a saber:

1) Pré-análise

1.a - Leitura flutuante: consiste em estabelecer contato com os documentos, analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.

1.b - Escolha dos documentos: consiste em demarcar o universo dos documentos a serem analisados, constituindo-se um *corpus*. O *corpus* é o conjunto de documentos considerados para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

1.c - Preparação do material: consiste na preparação formal dos documentos a serem analisados, tais como: novos documentos com todas as respostas de cada uma das perguntas.

1.d - Referenciação dos índices e elaboração de categorias: consiste em determinar quais são as categorias encontradas nos documentos, determinando os seus indicadores através de recortes de texto nos documentos.

2) Exploração do material

Esta etapa definiu-se pela contituição das unidades de registro e de contexto, sendo entendida como a definição dos sistemas de categorias e

dos sistemas de codificação, e a identificação dessas unidades nos documentos.

Entende-se unidade de registro aquela de significação a codificar, correspondente ao segmento de conteúdo, considerado como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial. É de natureza e de dimensão variável. No que diz respeito à unidade de contexto, essa serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para a compreensão da unidade de registro.

3) Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação

Esta última etapa consistiu no tratamento dos resultados, permitindo, primeiramente, a elaboração de uma tabela que condensa e destaca as informações de cada documento para análise, e posteriormente, a análise de cada unidade de contexto propriamente dita.

CAPÍTULO V

ANÁLISE DO *CORPUS* E RESULTADOS

5.1 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS

Nesta fase do estudo, foi realizada uma primeira organização do material, de modo a refletir sobre o conjunto de documentos de forma analítica, na tentativa de averiguar como proceder para torná-lo inteligível, sempre de acordo com os objetivos propostos.

A organização do material se deu pelo processo de leitura, segundo os critérios de análise de conteúdo, utilizando técnicas de levantamento qualitativo e quantitativo dos assuntos de interesse e fichamento, de forma a facilitar o manuseio e controle.

Os documentos foram, então, organizados em um quadro (Figura 7), apresentado a seguir, onde situamos: os documentos utilizados no estudo, período em que foram elaborados, superintendentes e o contexto referente ao processo de reabilitação no qual se encontrava o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Figura 7 Organização dos Documentos Oficiais analisados.

Documento	DATA	Superintendente	Contexto do HCFMUSP referente à Reabilitação
Processo nº 16402 Serviço de Reabilitação Ortopédica.	1951	Enéas de Carvalho Aguiar	Não existia um serviço com propósito de reabilitação na Instituição, apenas a proposta de criação de um centro de Reabilitação pela ONU.
Processo nº 1574. Referente à doação de um terreno do HC para construção do prédio do próprio IR.	1960	Odair Pacheco Pedroso	O IR já havia sido criado em caráter definitivo.
Processo nº 4005. Ampliação dos Campos de Atividade do Instituto de Reabilitação	1967	Gil Soares Bairão	O diretor do IR, professor Dr. Flávio Pires Camargo, propõe a extensão do IR e a absorção das atividades por uma divisão do HC.
Processo nº 4168 Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.	1968	Geraldo Silva Ferreira	Aprimora-se a proposta de transferência das atividades do IR a uma divisão do HC e sua transferência é proposta para a Casa do Paraplégico, o qual seria doado ao HC pela Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico
Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em Reabilitação da Organização Panamericana de Saúde. OPAS	1968	Geraldo Silva Ferreira	Na tentativa de rever e ampliar o serviço de reabilitação em São Paulo é solicitada a visita técnica do Dr. Rolin, consultor da OPAS.
Processo nº 3032. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro no HC.	1972	Oscar César Leite	Já havia sido criado o Centro de Reabilitação do Vergueiro que passaria a se chamar Divisão de Reabilitação profissional do Vergueiro, mas suas atividades ainda não haviam sido iniciadas.
Processo nº 1760. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.	1984	Guilherme Rodrigues da Silva	Estava em andamento estudos para a implantação das atividades da DRPV.
Carta de resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto	1985	Guilherme Rodrigues da Silva	Em resposta à carta do então deputado que questionava a atuação do Instituto de Reabilitação e a solicitação de transferência de sua administração ao HC.
Processo nº 3774. Solicitações que sejam feitas gestões junto ao Governo do Estado no sentido de oficializar o nome “Departamento de Medicina e Reabilitação Hospital das Clínicas.”	1993	Antônio Carlos Gomes da Silva	A DRPV exercia suas atividades de reabilitação profissional apenas para 15% dos atendimentos.

Após a compreensão ampla do contexto que se deu a História dessa instituição, minimamente introduzido no quadro acima, iniciamos a leitura dos documentos na tentativa de encontrar categorias de interesse. Esta etapa pode ser categorizada pelo processo de codificação, interpretação e inferências sobre as informações contidas nos documentos, desvendando seus conteúdos propriamente ditos.

Esse procedimento está de acordo com pressuposto de que “é permitido utilizar-se dessa técnica quando o interesse é conhecer aquilo que está por traz das palavras sobre as quais se debruça o pesquisador, ou seja, é uma busca de outra realidade através das mensagens”⁽⁴⁹⁾.

5.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DOCUMENTAIS

A seguir, descrevemos, separadamente, cada categoria com suas respectivas unidades de contexto, apresentando recortes documentais e análise contextualizada. Assim, o quadro abaixo (Figura 8) representa essas categorias e unidades de contexto que foram abordadas na tentativa de atingir os objetivos propostos para este trabalho.

Figura 8 Categorias e unidades de contexto abordadas

Categorias	Unidades de contexto
Necessidade	Assistência
	Reabilitação Profissional
	Atendimento Integral
	Formação de Recursos Humanos Especializada
Estrutura	Dependências
	Leitos
Política	Administração/Coordenação
	Financiamento/Recursos
	Problema Social/Importância Social
	Organização/Planejamento

5.2.1 Fatores Relacionados à Necessidade de um Serviço de Reabilitação na Cidade de São Paulo

A forma de produzir serviços de saúde no Brasil sempre foi heterogênea, comportando sobreposições e composições diversas, o que ocorreu com o segmento da reabilitação, tomada enquanto parte constituinte de um sistema.

A análise dessa temática nos remete ao passado e evidencia que ao longo da história da humanidade, pode-se perceber que as pessoas com deficiência, sejam elas motoras, sensoriais, mentais ou de natureza congênita, receberam tratamentos diferenciados, de acordo com a cultura em que viviam. Dessa forma, a necessidade de reabilitação está relacionada ao contexto sócio, político e cultural no qual a pessoa está inserida, o que não foi diferente na cidade de São Paulo^(5,6,7).

A partir da década de 40, por conta dessas necessidades implícitas na sociedade, foram criadas no Brasil algumas instituições filantrópicas e privadas, em sua maioria, destinadas às crianças deficientes. Também nessa década, o Estado Brasileiro passa a legislar sobre a assistência aos incapacitados, por acidentes de trabalho. Assim, esses indivíduos, fundamentados pelos Decretos Leis que entre 1943 e 1945 afirmam a possibilidade de sua recuperação para a vida produtiva, usufruem dos Institutos de Caixas de Aposentadorias e Pensões, as estruturas previdenciárias da época⁽⁵⁰⁾.

5.2.1.1 Necessidade de Assistência

Com o aumento do número de pessoas necessitando de assistência para reabilitarem-se por inúmeros motivos, em destaque os acidentados pelo trabalho exercido na construção civil, visto que essa atividade era uma prática cada vez maior na cidade de São Paulo, somos motivados a refletir sobre as maneiras de assistir essas pessoas.

[...] São Paulo apresentava condições excelentes para receber o Instituto, visto que possuía 29.000 fábricas e 84.000 operários”, por ser uma das preocupações desta organização a recuperação de operários acidentados no trabalho [...]

[...] em São Paulo (Brasil) não existem recursos especificamente dirigidos para reabilitação, a não ser os pouquíssimos serviços que se resultam em reabilitação, [...]

[...] estudos feitos em vários países do mundo, mostram que, numa estimativa conservadora aproximadamente 10% dos casos de um hospital geral, irá, invariavelmente, necessitar do serviço de reabilitação. Certas áreas médicas necessitam mais de programas de reabilitação do que de outra, mas a medida nunca poderá ser abaixada da que se indica acima [...]

[...] serviço de saúde isoladamente não pode resolver todos os problemas do paciente que sofre um acidente sério ou uma moléstia crônica. Assistência adicional é necessária, [...]

A Organização das Nações Unidas contemplando essa realidade propõe, então, a criação de um Centro de Reabilitação na cidade de São Paulo, vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, já que não havia um local específico para encaminhar os pacientes que necessitavam ser reabilitados e o mesmo preenchia todos os quatro requisitos considerados importantes para essa escolha, que são eles⁽²³⁾:

- a) estar ligado a serviços hospitalares adequados e facilidades de ensino;
- b) possibilitar oportunidades para treinamento vocacional;
- c) apresentar ensejo de emprego na comunidade dos incapacitados físicos reabilitados e treinados convenientemente;
- d) ser acessível ao treinamento de médicos e outros profissionais, técnicos do local e de outros países.

É interessante a percepção de que é dessa maneira que surge a idéia da criação de um serviço de reabilitação no Hospital das Clínicas com finalidades específicas, de modo a integrar os serviços de saúde e oferecer assistência ao deficiente físico.

* Carta de resposta ao requerimento 1411 de 1985 do Deputado Januário Montelli Neto.

** Processo nº3032/ 1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro no HC.

[...] reabilitação é um trabalho especializado que precisa ser iniciado o mais cedo possível, tão logo que identifique a realidade das limitações físicas ou mentais permanentes [...]^{**}

[...] o Hospital das Clínicas na contingência de dar alta aos seus pacientes com deficiência, sem dispor de meios para cuidar de sua reintegração [...]^{***}

[...] O Hospital das Clínicas, pela sua tradição e potencial, deve desenvolver a atividade de Reabilitação, completando assim, o ciclo de assistência médico, hospitalar e social à coletividade que se inicia com a presença de enfermidades [...]^{****}

[...] Dr. Paulo Novaes, representante da Organização das Nações Unidas em São Paulo, por intermédio do Dr. Jaime Arcoverde de Albuquerque Cavalcante, presidente do conselho deliberativo, vê a possibilidade de instalar ao Centro Médico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o Serviço Nacional de Reabilitação dos Incapacitados [...]^{*****}

[...] outubro de 1951 com orientação da Organização das Nações Unidas, foi proposto ao conselho administrativo do Hospital das Clínicas a criação de um serviço de Reabilitação, que foi aprovado em dezembro do mesmo ano [...]^{*****}

[...] A criação de um Centro de Reabilitação pelo HC é uma necessidade, quer devido ao olhar na concepção de hospital e seu ciclo de atendimento que vai desde a prevenção até a reabilitação, quer devido ao alto número de casos necessitados de tais serviços e a inexistência dos mesmos na comunidade [...]^{**}

Dessa forma, já em dezembro de 1951, o conselho administrativo do HC aprovou a criação do Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas. No entanto, apenas cinco anos depois, após várias discussões a cerca da criação do IR ao HC, em dezembro de 1956 foi finalmente inaugurado em caráter provisório, com o objetivo de atingir a proposta inicial da ONU, e em 1958 criado em caráter definitivo, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

[...] em dezembro de 1956, pela Lei nº 27083, foi criado em caráter provisório, o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da

---

^{**} Processo nº3032/ 1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro no HC.

^{***} Processo nº1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

^{****} Processo nº 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

^{*****} Processo nº 16402/1951. Serviço de Reabilitação Ortopédica.

^{*****} Processo nº4005/1967. Ampliação dos Campos de Atividade do Instituto de Reabilitação

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para dar atendimento e recuperar os operários acidentados [...]

[...] Dois anos mais tarde, pela Lei nº 5029, foi instituído e criado de caráter definitivo, anexo a Cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [...]

A preocupação com a assistência das crianças deficientes também estava presente nessa idéia da criação e ampliação do instituto, como pode ser observado no trecho abaixo.

[...] um setor destinado a atender às crianças permaneceu em fase de avaliação e pretendia-se trabalhar nesse setor com o programa estadual para tratamento de crianças deficientes [...]

Os dados mostram que, mesmo com a criação provisória do instituto em 1956 e definitiva em 1958, a assistência que estava sendo oferecida não era suficiente para demanda da época, havendo necessidade de aumentar o número de atendimentos.

[...] Número de atendimento entre 1956 e 1960:

Paralisia cerebral	705
Amputações	568
Hemiplegia	248
Paraplegia	241
Poliomielite	149
Deficiência visual	117
Sequela de tuberculose pulmonar	66
Artrite	61
Tetraplegia	53
Sequela de luxação de membros	42
Má formação congênita	25
Cardiopatias	22
Outros diagnósticos	104
Total:	2402

* Processo 4005/1967. Ampliação dos campos de atividade do Instituto de Reabilitação.

** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

*** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

[...] *

[...] em sua sede atual já atingiu o máximo de sua capacidade de atendimento a clientes [...] **

[...] inteiramente insuficiente para satisfazer o grande número de incapacitados [...] **

[...] A crescente incidência de acidentes e doenças causadoras de paraplegias, hemiplegias, amputações, cegueiras e outras incapacidades, vêm acentuando a necessidade de providências para o funcionamento deste Centro [...] Processo 1760 ***.

[...] todos os pacientes do Hospital das Clínicas que necessitam de reabilitação poderão ser atendidos de acordo com suas necessidades e limitações [...] *

[...] se considerarmos tão somente os casos internados, teremos aproximadamente 2 mil casos anuais, que teriam necessidade de reabilitação na acepção correta do termo [...] ****

[...] A situação atual dos casos que precisam de reabilitação é semelhante à total inexistência dos serviços, visto que o Instituto de Reabilitação, devido suas características e sistema de atendimento, não pode abrir suas portas apenas a casos do hospital [...]

5.2.1.2 Necessidade de Promover Reabilitação Profissional

A Consolidação e a legitimação da Reabilitação no contexto após as duas guerras mundiais relacionam-se com a recuperação da força de trabalho exigida pela economia capitalista.

Segundo Almeida (2000), a necessidade de aumentar a produção industrial associado a um operariado desfalcado pelas convocações militares exigiu a colocação dos lesados em condições de produzir, quanto ao aproveitamento das forças porque, até então, eram considerados incapazes para o trabalho. O que se repetiu da mesma forma em São Paulo.

Os dados obtidos durante a análise apontam para a preocupação com a reabilitação profissional, a qual foi marcante na fase inicial da criação do serviço de reabilitação em São Paulo.

---

* Processo 4005/1967. Ampliação dos campos de atividade do Instituto de Reabilitação.

** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

*** Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

**** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

Já que um dos princípios do Programa Nacional de Ação Mundial para as pessoas com deficiência da ONU era exatamente ofertar serviços de reabilitação profissional com orientação profissional e colocação de emprego aberto ou abrigado, considera-se que uma das finalidades da criação do Instituto de Reabilitação na cidade de São Paulo era exatamente essa: a reabilitação profissional.

[...] avaliar sua capacidade de trabalho sempre que possível [...]*

[...] reconduzi-los aos seus antigos empregos ou a trabalhos mais indicados para suas incapacidades [...]

[...] reabilitação começa no leito hospitalar e termina com a volta do indivíduo a sua vida normal de trabalho [...]**

Com isso, percebemos a preocupação em tornar os pacientes úteis para a sociedade, mostrando que o reingresso deles no mercado de trabalho proporciona menores gastos também aos cofres públicos.

[...] cerca de 450 pacientes foram atendidos e tratados e muitos deles colocados em empregos remunerados, de acordo com sua capacidade de trabalho [...] Processo 1574.

[...] tempo virá em que lucros serão deferidos pela sua adequação e colocação profissional [...] Processo 1760

5.2.1.3 Necessidades de Atendimento Integral

Como a História revela que muitas das Instituições de reabilitação, principalmente no Brasil, adotavam modelos de trabalhos segregados, voltados apenas a um tipo de deficiência específica. Então, a reabilitação integral do indivíduo não era possível, ou estava fadada à peregrinação por várias instituições diferentes^(23,26).

A análise dos documentos traz à tona essa discussão.

[...] todos os processos de reabilitação devem ser sempre bem integrados, no entanto, muitas vezes devido às características da comunidade onde estão instalados, ou também devido à contradição de desenvolvimento do país, ou ainda por causa dos objetivos específicos a que se propõem, certos centros de

---

* Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

reabilitação dão mais ênfase a este ou aquele aspecto do programa total [...]

O desconhecimento das competências não somente físicas, mas também cognitivas e sociais da pessoa com deficiência e seus familiares, ampliam a condição de incapacidade. Quando essa incapacidade é discutida pela ótica das reações, percebe-se que além das perdas físicas, motoras, esse indivíduo pode apresentar ainda o empobrecimento de sua rede social⁽⁵¹⁾.

Como características gerais, a reabilitação tem um forte sentido processual com começo, meio e fim. Assim, o paciente e sua família melhor participam do tratamento construído para atingir um objetivo único, determinado para cada pessoa, de acordo com seu estilo, perspectiva de vida e condições clínicas⁽⁴²⁾.

Esse processo integral da Reabilitação ocorre com a somatória de várias tecnologias, cujo domínio de aplicação se deve às diversas categorias profissionais. Nesse contexto, é necessária a realização do trabalho de uma equipe multiprofissional, fazendo parte dessa equipe: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, entres outros profissionais.

O papel do profissional da saúde na Reabilitação não se limita às intervenções em reabilitação, mas somado a essas, o apoio nos momentos de crise e de conquista, compartilhado tanto com o profissional, quanto com os familiares⁽⁵¹⁾.

Nesse campo da Reabilitação, é possível observar diversos tratamentos que visam à diminuição da extensão das sequelas, porém poucos são os movimentos de abordagens que ultrapassam os limites do corpo. Os ganhos sociais, morais e econômicos resultantes do processo de reabilitação integral possibilitam ao indivíduo sair de sua situação de dependência para alcançar a produtividade^(50,51).

Uma das preocupações que leva a iniciativa da proposta do Centro de Reabilitação, e posteriormente, a sua desvinculação à Faculdade de

---

* Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

Medicina da Universidade de São Paulo, é exatamente o atendimento integral ao indivíduo, tornando-se uma das finalidades da criação do Instituto de Reabilitação e posteriormente da antiga DRPV.

[...] proporcionar reabilitação integral aos incapacitados físicos de qualquer natureza [...]*

[...] prestar cuidados médicos, sociais e psicológicos necessários a este paciente [...]*

[...] Um programa de reabilitação jamais poderá deixar de lado a consideração do indivíduo como um todo [...]**

[...] embora seja perfeitamente possível separar um programa de reabilitação em diversas fases, na prática, a separação das mesmas não é recomendada, por todos os profissionais considerados [...]**

[...] todos os profissionais devem trabalhar em regime de equipe e não podem atuar, artificialmente, em departamento distante [...]**

[...] para efetivação dos objetivos, vários são os serviços profissionais requeridos. Assim é que, necessariamente, teremos:

- serviços médicos e paramédicos: para cuidar da restauração física do reabilitando, e que inclui como profissionais o médico, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, um enfermeiro especializado, além de outros que poderão ser encaixados no programa, conforme as necessidades, tais como foniatrás, os técnicos em próteses ortopédicas, os técnicos em locomoção de cegos, e vários outros.

- Serviço de ajustamento psico social: para ajudar o reabilitando a superar problemas de ordem psicológica ou de ordem familiar e social, que possa prejudicar tanto a fase do programa como a fase de vida normal na sociedade. Nessa etapa aqui considerada, os profissionais básicos são os psicólogos e os assistentes sociais.

- Serviço de ajustamento profissional: Para promover a integração do reabilitando no mundo do trabalho. Várias são as técnicas que aqui colaboraram, mas os mais encontrados são os orientadores para a vida do trabalho, os avaliadores profissionais, os mestres de treinamentos profissionais, o técnico em colocação e outros [...]**

Na verdade, na década de 60, de todas as nações da América do Sul, apenas o Brasil possuía um Centro de Reabilitação integral, apresentando os elementos humanos principais que constituíam uma equipe para realizar esse tipo de trabalho, com possibilidade de atender incapacitados físicos em geral, independentemente do sexo e idade⁽¹¹⁾.

---

* Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

5.2.1.4 Necessidade de Formar Recursos Humanos Especializados

No decorrer do tempo, foi exigida cada vez mais especificidade do profissional de Reabilitação. Em alguns casos, novas delimitações de categorias mais específicas surgiram, principalmente, em locais onde se constituíram equipes diferenciadas, para processos patológicos específicos.

Com o intuito de criar um Centro de Reabilitação na cidade de São Paulo, várias finalidades foram elencadas e uma das principais, era possibilitar a formação e treinamento de recursos humanos especializados, através de cursos profissionalizantes, nesse próprio Centro. O objetivo era colocar no mercado uma mão de obra pronta para atuar, futuramente, em outras instituições do mesmo gênero.

Podemos inferir por esses documentos que treinar em serviço era igual especializar a mão de obra necessária para atuação nesse Centro, conforme pode ser constatado nos trechos abaixo.

[...] era indispensável ganhar experiência neste campo e treinar com urgência o pessoal necessário [...]

[...] tendo em vista a formação de técnicos, manter cursos para ensinar os diversos aspectos da reabilitação especialmente [...]

Em 1958, no próprio Instituto e com a intenção de aperfeiçoar ainda mais os profissionais dessa área, foram criados cursos para fisioterapia e terapia ocupacional, ainda como uma formação técnica e com duração de dois anos, na ocasião. Em dezembro de 1960, formou-se a primeira turma.

[...] nos últimos três meses tiveram início cursos normais para técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com duração de dois anos. Os alunos da primeira turma se formaram em dezembro do ano findo [...]

Essa preocupação de formar recursos humanos especializados, também era evidenciada para o profissional da enfermagem, o qual tinha ampliadas suas possibilidades de trabalhar de forma especializada e integral com o paciente desta instituição.

[...] em escolas modernas de enfermagem, todas as enfermeiras deveriam ser orientadas em técnicas de filosofia de reabilitação. Dentro do Hospital das Clínicas, a principal responsabilidade da

---

* Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

enfermagem no campo da reabilitação é de dar treinamentos a certos pacientes em simples atividades de vida diária, AVD,^{*} e prestar cuidados de enfermagem meticoloso aos pacientes. [...]

[...] Para o treinamento, essa técnica deveria ser incluído no treinamento básico de enfermagem, ou então, ser administrado em cursos especial de pós graduação de curta duração. [...]

Mesmo com a proposta da desvinculação do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina e vinculação ao Hospital das Clínicas, e posteriormente, o surgimento do Centro de Reabilitação em 1970, vinculado ao Hospital das Clínicas conforme já apresentamos, a questão de formar recursos humanos especializados continuou ser uma premissa.

[...] Não existindo similar em todo o país, nem mesmo a área social, constituirá o Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro, um Centro de formação e treinamento de especialistas de repercussão internacional [...]

[...] elaborar e implementar normas técnicas e diretrizes de trabalho, supervisionando sua aplicação no desenvolvimento da fisioterapia em reabilitação [...]

[...] servir de campo de treinamento para medicina e pessoal técnico auxiliar [...]

[...] para assistentes sociais e orientadores profissionais, planeja-se a organização de um curso intensivo de meio dia de duração, durante um mês todo, o qual fará estágio próprio e receberá aulas próprias para o domínio de reabilitação em geral e de suas áreas especialmente [...]

[...] será ampliada a capacidade de formação de profissional ligado a reabilitação [...]

---

* Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

** Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

*** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

**** Carta resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto

5.2.2 Fatores Estruturais

O Instituto de Reabilitação iniciou suas atividades em instalações consideradas provisórias dentro da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com o passar do tempo, tornou-se evidente a necessidade de ampliação por diversos motivos. Por isso, foram realizadas tentativas para aumentar sua capacidade de funcionamento e atendimento.

5.2.2.1 Estrutura e Dependências

Embora com a aprovação da criação do Instituto de Reabilitação em 1951, suas atividades são iniciadas em 1956, em local provisório, no primeiro andar da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

[...] funcionou em instalações provisórias no primeiro andar da divisão do Hospital na Clínica Ortopédica e Traumatológica [...]*

Em 1960, quarto ano de atividade do Instituto de Reabilitação, foi discutido e concluído que as instalações provisórias nas quais o funcionava, até então, eram inapropriadas. Devido a isso, sugeriu-se a construção de uma sede própria. Entendia-se que o espaço existente não contemplava todas as exigências para o ideal funcionamento do Instituto e seu desenvolvimento.

[...] Suas acomodações são insuficientes para a equipe de reabilitação para o ensino e para administração [...]**

[...] Não há acomodações, salas, vestiários e sanitários para os médicos, estudantes e estagiários que estão em treinamento, situação que também tende a piorar, com o maior número de candidatos aos cursos, estágios e bolsas. [...]**

[...] O Instituto de Reabilitação está agora em seu quarto ano de atividade, e levando em consideração o prazo que decorre desde a elaboração de planos até o término da construção e instalação, julgamos oportuno iniciar o mais depressa possível os trabalhos de planejamento [...]**

---

* Processo 4005/1967. Ampliação dos campos de atividade do Instituto de Reabilitação.

** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

[...] O instituto de Reabilitação em sua sede atual já atingiu o máximo de sua capacidade de atendimento [...]

[...] é insuficiente para satisfazer o grande número de incapacitados, que a ele recorre [...]

[...] o desenvolvimento do Instituto de Reabilitação atingiu por hora um estágio em que seria aconselhável serem feitos planos para ampliação e mudanças de suas atuais instalações provisórias para uma sede própria, um prédio a ser construído [...]

[...] a construção de uma sede própria iria possibilitar a expansão de suas atividades neste setor, o que seria inevitável [...]

A sugestão de que uma sede nova fosse construída em um terreno do Hospital das Clínicas, próximo à Clínica Ortopédica e Traumatológica, veio acompanhada da necessidade em manter a proximidade entre os dois serviços.

Nessa ocasião, os diretores do instituto consideraram o terreno sugerido para construção ideal porque além de estar próximo ao Hospital das Clínicas, ele poderia continuar interligado à Clínica Ortopédica e Traumatológica, uma vez que alguns serviços da Clínica Ortopédica e Traumatológica também serviam o Instituto, como era o caso da oficina ortopédica.

[...] o Instituto teria prédio próprio e independente [...]

[...] o Instituto de Reabilitação poderia ser construído em área de terreno paralelo a ala A do edifício da Clínica Ortopédica e Traumatológica, a cerca de 40 metros afastada da mesma [...]

[...] seria possível fazer-se uma comunicação com o edifício da Clínica Ortopédica e Traumatológica [...]

[...] essa área possibilitará a construção de cerca de 750m² por pavimento, o que nos parece suficiente [...]

[...] seria fácil o acesso à Clínica Ortopédica e Traumatológica, que desde já está fornecendo, mediante o pagamento, os aparelhos e as próteses necessárias [...]

[...] Ficaria próximo da faculdade de Medicina, onde os alunos do curso, mantidos pelo Instituto, recebem aulas teóricas e práticas; ao mesmo tempo haveria um estímulo para os estudantes de medicina, que teriam oportunidades de observar os trabalhos de reabilitação [...]

---

* Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

A questão é que a construção do Instituto nesse terreno nunca se concretizou apesar de a doação ter sido aprovada em reunião do conselho administrativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 08 de março de 1960.

Após essa primeira manifestação de aumentar o serviço com a tentativa de construção de uma sede própria em um terreno próximo a Clínica Ortopédica e Traumatológica, em 1968, foi proposto que o serviço fosse transferido para um prédio que seria doado para o Estado pela Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos.

A figura 9, a seguir mostra a planta da Casa do Paraplégico, local doado ao Estado que serviria para as instalações do futuro centro de reabilitação do HC.

Figura 9 Planta da Casa do Paraplégico

[...] a Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos, pelos seus dirigentes, ofereceu ao Hospital das Clínicas, como doação, para com a finalidade de ser instalado um serviço de reabilitação profissional [...]

* Processo 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

[...] Ambiente físico, localização, capacidade de extensão a alteração do programa, capacidade de leitos, tipo de casa, condições de atendimento, são algumas das áreas a serem levadas em consideração [...]

Apenas em 1970, após vários trâmites políticos, foi criado o Centro de Reabilitação do Vergueiro.

[...] em 1970, foi criado o Centro de Reabilitação do Vergueiro, doado ao Estado pela Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico, em um terreno situado na Rua Vergueiro, s/nº, com aproximadamente 9000m² e cerca de 4000m² de construção [...]

No ano de 2001, esse Centro já se denominava Divisão de Medicina de Reabilitação e inauguraram-se outras duas unidades nesse mesmo ano, sendo uma na Vila Mariana e outra no Jardim Umarizal, além de estabelecer parcerias com a Estação Especial da Lapa, aumentando consideravelmente sua capacidade de atendimento.

5.2.2.2 Leitos Disponíveis para Reabilitação

Assim como foi levantada a necessidade de uma sede própria, pois o instituto funcionava precariamente em instalações provisórias, observou-se que o número de leitos disponíveis era insuficiente para o atendimento dos pacientes que necessitavam desses serviços, o que também foi levado em conta quando se considerou a possibilidade de em um novo local para seu funcionamento.

[...] sua capacidade quer de atendimento era reduzida [...]

[...] certos serviços existem desde alguns anos atrás, mas foi decidido revê-los e ampliá-los [...]

O aumento de números de leitos era desejável para aumentar o número de atendimentos em sua totalidade. No novo espaço, os leitos seriam utilizados de acordo com critérios que os pacientes deveriam se enquadrar.

** Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

*** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

**** Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

[...] os critérios para internação utilização de leitos serão estabelecidos na fase definitiva pela própria equipe de reabilitação [...]

[...] problemas físicos que impedem o indivíduo de utilizar transportes públicos [...]

[...] problema social ou familiar que impeça o indivíduo de frequentar o programa de reabilitação e treinamento [...]

[...] problemas de localização da residência do indivíduo, especialmente quando provem do interior ou de outras cidades [...]

Outra problemática encontrada era de que os leitos, até então considerados hospitalares normais, não atendiam a proposta de um centro de reabilitação. Além disso, com o aumento das instalações e, conseqüentemente, do número de leitos para atender esses indivíduos, algumas modificações nas estruturas dessas enfermarias deveriam ser realizadas para atender tanto pessoas do sexo masculino, quanto feminino. Essas enfermarias teriam o padrão de um dormitório comum, de modo a não parecer uma instituição hospitalar, o que não era o propósito dessa nova configuração do Centro de Reabilitação.

[...] as camas a serem utilizadas não serão camas hospitalares [...]

[...] o ambiente do dormitório será o mais próximo possível do ambiente do lar [...]

[...] cada cliente terá um armário próprio para guardar seus pertences [...]

[...] nenhuma atividade profissional deve ser desenvolvida na área dos dormitórios, que servirá apenas e somente para repouso [...]

---

* Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

5.2.3 Fatores Políticos

Em São Paulo, a idéia de um serviço de assistência às pessoas portadoras de deficiência sempre esteve articulada a um plano mais geral de interesse, ou seja, essa construção de um serviço especializado, com estratégias, modalidades e tecnologias, já aparecia vinculada às conquistas dos direitos dessas pessoas. No campo das políticas públicas, no que diz respeito às pessoas com deficiência, elas são marcadas por uma iniciativa de respeito aos seus direitos. A organização dessa parcela da população gerou conquistas importantes, principalmente nos últimos 20 anos⁽⁵²⁾.

A Reabilitação está ligada aos valores das políticas do Bem-estar, porém é um campo no qual se verifica contradições que devem ser observadas: se por um lado comporta uma dimensão Ética, no sentido de que a sociedade industrial contemporânea comunga valores que impedem o abandono dessas pessoas. É um setor que parece refletir rápido as tendências econômicas que orientam as políticas sociais, o que a torna vulnerável.

Nessa perspectiva, o processo de exclusão social, o desenvolvimento de legislações específicas, de modo a garantir o direito na participação na produção de consumo de bens e valores sociais e as restrições orçamentárias sobre a implementação dessas políticas, são fatores determinantes no cenário da Reabilitação nos dias atuais. O fato é que esses aspectos influenciaram e influenciam até hoje na construção dessa História. Alguns fatores políticos se tornaram tão marcantes que, no decorrer do processo de análise desta pesquisa, foram divididos em categorias, sendo, posteriormente, analisados um a um, na tentativa de elencar os mais significativos para a formação da sociedade⁽⁵⁰⁾.

5.2.3.1 Administração e Coordenação

Já discutimos que a Idéia de um Centro de Reabilitação na cidade de São Paulo nasceu de uma proposta da Organização das Nações Unidas,

com a intenção de criar em um país da América do Sul uma Instituição de Reabilitação com moldes de atendimento integral. Desse modo, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, juntamente com o Hospital das Clínicas, foram instituições escolhidas como propícias para a instalação e concretização desse projeto, pois formavam um complexo que atendia as exigências impostas pela ONU na época.

Após aprovada essa idéia, foi criado o Instituto de Reabilitação em dezembro de 1956.

[...] de acordo com as recomendações do governo do Estado de São Paulo e dos consultores da Organização das Nações Unidas, este Instituto de Reabilitação piloto, foi criado junto a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, em dezembro de 1956[...]^{*}

Os dados analisados comprovam que no princípio de sua formação, em 1956, o Instituto de Reabilitação é criado, provisoriamente, anexo à Cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela Lei n. 27 083 de 21 de dezembro de 1956.

[...] Em dezembro de 1956 pela Lei n. 27083 foi criada em caráter provisório o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo a Cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [...]^{**}

Apesar de funcionar na Clínica Ortopédica e Traumatológica, o Instituto ficava sob coordenação da Cadeira de Ortopedia e Traumatologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em 1958, a Lei 5029 cria o Instituto Nacional de Reabilitação, passando a existir em caráter definitivo e regulamentado pelo decreto n. 39456 de dezembro de 1961.

[...] Dois anos depois, em dezembro de 1958 pela Lei n. 5029 foi criada em caráter definitivo, anexa a Cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o Instituto de Reabilitação, tendo sido regulamentado pelo decreto n. 39.456 de dezembro de 1961 [...]^{**}

[...] em dezembro de 1958, é sancionada a Lei n. 5029 que cria anexa a cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o "Instituto de

---

^{*} Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

^{**} Processo 4005/1967. Ampliação dos campos de atividade do Instituto de Reabilitação.

Reabilitação”, visando principalmente a “reabilitação dos incapacitados físicos” (inciso I, artigo 2º)[...]*

Apesar de seu organograma ser remetido à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em seus dez primeiros anos de existência, o Instituto Nacional de Reabilitação recebeu orientação técnica da Organização das Nações Unidas, através de diversos especialistas, que contribuíram para o funcionamento, divulgação e manutenção do até mesmo no que diz respeito à elaboração de artigos.

[...] Vários especialistas e técnicos nacionais em reabilitação colaboraram sob os auspícios da ONU na implementação do programa [...]*

[...] Desde sua criação o Instituto Nacional de Reabilitação recebeu orientações técnicas da ONU, através de seus peritos.

Mr. Joseph Albert Asenjo, perito de Reabilitação de cegos da Organização Internacional do Trabalho, OIT. Outubro de 1957 a setembro de 1958

Mr. Paul Albright, chefe da Missão da UNTAA. Janeiro de 1957 a abril de 1958.

Miss Karen Ludbong, fisioterapeuta da UNTAA. Fevereiro de 1957 a dezembro de 1960.

Mr. Erik K. Jesen. Técnico de próteses ortopédicas da UNTAA. Fevereiro de 1957 a dezembro de 196º.

Dr. Robin F. Hindeley Smith. Chefe da missão. OMS. Julho de 1958 a 1961.

Miss Elizabeth P. Eaglis. Terapeuta Ocupacional. OMS. Maio de 1964 a dezembro de 1966. [...]

[...] em março de 1959, professor Godoy Moreira escreve na Revista Paulista de Hospitais, como introdução, uma série de artigos sobre a reabilitação, preparados pelos especialistas nacionais e consultores estrangeiros que integravam o recém inaugurado Instituto de Reabilitação [...]

Pode-se considerar que essa criação tinha algumas finalidades. Dentre elas, manter no Brasil um padrão de Reabilitação ainda não alcançado, de modo a tornar-lo modelo para países vizinhos.

[...] auxiliar a manutenção de um padrão elevado em todas as atividades de reabilitação no Brasil, e cooperar nesse setor com outros Estados e Países vizinhos [...]**

---

* Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

Constata-se que após oito anos de funcionamento, solicitou-se a transferência das atribuições I e IV do artigo II da Lei, as quais regulamentavam esse serviço com enfoques específicos:⁽⁵²⁾

I – A Reabilitação dos incapacitados físicos;

VI – Implantar e cooperar com entidades Públicas e Particulares afins de questões e serviços de sua competência.

A idéia era de que a gestão fosse da competência da Faculdade de Medicina para o Hospital das Clínicas.

[...] oito anos depois, em 1967, o professor Flávio Pires Camargo, substituiu o Professor Godoy Moreira na direção do Instituto, propõe a extensão do mesmo e absorção das atividades por uma divisão da estrutura do Hospital das Clínicas [...]

[...] propõe que as atribuições contidas nos itens I e IV do artigo 2 da Lei 5029 de 18 de dezembro de 1958 passem a ser exercidas pelo Hospital das Clínicas como uma Divisão, próprio de sua própria estrutura [...]

[...] sua sede está dentro do prédio da Clínica Ortopédica e Traumatológica, mas com os critérios de disciplina e regime de trabalho e atendimento de pacientes num hospital e num centro de reabilitação são diferente [...]

Em carta ao Governador do Estado de São Paulo, Roberto da Costa Abre Sodré, o diretor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo fez a solicitação de transferência do IR para o HC.

[...] O diretor do Hospital das Clínicas solicita que seja transferida para autarquia o Instituto de Reabilitação, atualmente anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [...]

Em resposta a essa carta, o Governador do Estado aprova a solicitação do superintendente do HC, autorizando a transferência.

[...] Transferir mediante Lei para o Hospital das Clínicas o Instituto de Reabilitação, anexo à Cadeira Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [...]

* Carta resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto.

** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

*** Processo 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

[...] para cumprimento desse despacho, encaminhem os Autos á Assessoria Técnico Legislativa, ficando o seu Assessor Chefe autorizado a entrar em entendimento com o HC e Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico, APAP, para futuro projeto de Lei [...]

Com a proposta da doação da Casa do Paraplégico para o Estado, a idéia do Centro de Reabilitação com diversos serviços vinculados ao Hospital das Clínicas, poderia ser concretizada e sua administração seria realizada por um diretor do Centro que responderia diretamente ao Hospital das Clínicas, sendo que apenas alguns aspectos acadêmicos ficariam sob a responsabilidade de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁽⁵²⁾.

[...] a proposta constituía essencialmente em transferir para a “Casa do Paraplégico”, localizada na Rua Vergueiro, e que a Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico prometia doar ao Estado, as atividades de “Reabilitação Profissional” [...]

[...] quer na área administrativa, quer na área técnica, estarão sobre a direção de um diretor que por sua vez dependerá do diretor superintendente do Hospital das Clínicas [...]

[...] É aqui sugerida a criação de um centro de reabilitação do Hospital das Clínicas, com dependência sem linha direta da administração do hospital e nas suas instalações a ser cedida pela Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico. Na linha técnica, o centro deverá estar ligado às diversas cadeiras da FMUSP [...]

[...] As orientações técnicas nas áreas médica e paramédica deverão emanar da disciplina autônoma de reabilitação, a cadeira de ortopedia e traumatologia [...]

[...] Esses diversos serviços cobrirão todas as atividades a serem desenvolvidas, quer na área administrativa, quer na área técnica, estarão sobre a direção de um diretor, que por sua vez, dependerá do diretor superintendente do HC [...]

Após dois anos de discussão com relação à transferência da coordenação do IR para o HC e seu funcionamento para as Instalações da Casa do Paraplégico, o Governador do Estado, Roberto Costa de Abreu Sodré, através do decreto 52.487 de 1970, criou o Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas, nos moldes da proposta de transferência do Instituto. Inicialmente, seu funcionamento se deu com o nome de Centro de

* Processo 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

** Carta resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto.

*** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

Reabilitação Profissional da Associação Paulista de Assistência aos Paraplégicos⁽⁵³⁾.

[...] Centro de Reabilitação só se concretizaria, praticamente em 1977, não obstante ter o Governador Roberto Costa de Abreu Sodré ter assinado o decreto 52.487 de 13 de julho de 1970, criando no Hospital das Clínicas o Centro de Reabilitação, diretamente vinculado à direção superior do Hospital, para a reabilitação integral dos portadores de deficiência. [...]

Dessa forma, embora criado em 1970, já se sabe que o Centro de Reabilitação teve suas atividades iniciadas apenas após oito anos de sua idealização. Com o Decreto 9.720 de 20 de abril de 1977, esse órgão passou a denominar-se Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro (D.R.P.V.)⁽⁵²⁾.

[...] Inaugurado em 1978, apenas em 1977, com a reestruturação do hospital com a expansão do seu quadro de pessoal e a nova regulamentação do Decreto 9720/78 é que se complementaria a implantação da Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro [...]

Essa Divisão foi, então, vinculada e administrada pelo Departamento de Hospitais Auxiliares do Hospital das Clínicas.

[...] administrativamente, ela se vincula à superintendência do Hospital, através do Departamento de Hospitais Auxiliares [...]

Em 1993, foi proposta a mudança do nome do Instituto e em julho de 1994, passa a se chamar Divisão de Medicina e Reabilitação (DMR), com o intuito de não vincular mais a Instituição à imagem de realizar somente a reabilitação profissional. Essa preocupação é justificável, pois, apesar de ter nascido desse proposto, após 16 anos de funcionamento, o objetivo não era a reabilitação profissional, apenas. Esse tópico contingente acabou restrito a 15% do seu atendimento total, conforme se pode observar nos dados a seguir⁽⁵²⁾.

[...] O nome Reabilitação Profissional, cria a falsa imagem, que nossos objetivos estão inicialmente e exclusivamente voltados para a profissionalização, o que efetivamente não ocorre, e se

---

* Carta resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto.

assim fosse não admitiríamos crianças ou idosos, seguramente populações que estão distantes destes objetivos [...]

[...] Reabilitação Profissional do Vergueiro dá a conotação de ser uma Instituição independente, causando freqüentemente, muita estranheza lembrar o vínculo com o Hospital das Clínicas, o que parece cada vez mais importante, dadas as características de ser este Centro o único relacionado à Reabilitação do deficiente físico e visual, dentro de toda estrutura da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [...]

[...] Os nossos objetivos atuais pautados no dinamismo que se espera da Medicina de Reabilitação e da própria necessidade de se estender as ações de saúde a um maior numero de pessoas portadoras de deficiência [...]

[...] Por ultimo, a própria Historia da Divisão, que mostra num levantamento feito desde sua inauguração até dezembro de 1992, que do total de clientes matriculados nos programas de Reabilitação, apenas cerca de 15% alcançou ou necessitou de estágios de orientação e aconselhamento profissional [...]

5.2.3.2 Financiamentos e Recursos

O IR foi um importante propagador da idéia de que a atenção à pessoa com deficiência compreende elevado grau de complexidade do ponto de vista técnico e financeiro.

Desde sua implantação e reformulação até os dias atuais, a questão de recursos e financiamento esteve em discussão, já que para manter um Centro de Reabilitação nos moldes propostos era necessário, além da preparação de pessoal técnico especializado e locais adequados, verbas suficientes para custear essa proposta.

[...] Apesar do apoio de Lucas Nogueira Garcês, governador em 1951, bem como Janio da Silva Quadros, de 1955, só a partir de 1956 começa o governo a liberar alguns recursos para a implementação de um núcleo de reabilitação em São Paulo [...]

No começo, o Instituto de Reabilitação, apesar de estar vinculado à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP, recebia verbas advindas diretamente da faculdade, pois funcionava em caráter provisório. Com a sua fixação em caráter definitivo, o Instituto tornou-se autônomo, recebendo

---

* Processo 3774/1993. Solicitações que sejam feitas gestões junto ao Governo do Estado no sentido de oficializar o nome "Departamento de Medicina e Reabilitação Hospital das Clínicas."

** Carta resposta ao requerimento 1411/85 do Deputado Januário Montelli Neto.

verbas próprias, destinadas ao desenvolvimento de suas atividades técnicas e aprimoramento de pessoal técnico especializado.

[...] Em dezembro de 1958 o Instituto de Reabilitação adquiriu individualidade e conseguiu orçamento próprio, embora continue ligado à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [...]

[...] O Instituto de Reabilitação é legalmente autônomo, tem verbas próprias no orçamento estadual [...]

Com a proposta de desvinculação e o fato de o Instituto ser legalmente autônomo e ter verbas próprias, em carta o Governado do Estado, Roberto C. Abreu Sodré autoriza providências a serem tomadas para sua concretização. Entre elas, medidas que dizem respeito ao orçamento a ser destinado para tal fim, como mostra trecho abaixo.

[...] Ser consignado no orçamento do próximo exercício, recursos financeiros para concretização da reorganização daquele Instituto [...]

5.2.3.3 Problema e Importância Social

A Reabilitação é entendida como uma intervenção que pode recair sobre diversos grupos sociais. Dependendo da conotação a ser dada a um desses grupos, os indivíduos que dele fazem parte podem ser entendidos como anormais, desviantes, marginalizados ou excluídos, mas por alguma razão, merecedores de compartilhar suas vidas junto à sociedade, bem como a produção de valores e bens de consumo da comunidade na qual estão inseridos. Esse apontamento nos remete a idéia de que existiram indivíduos transformados, na medida em que foram introduzidos ou re-introduzidos na sociedade.

Em 1981, a ONU proclama o ano como “Internacional Year of Disabled Persons” – Ano Internacional das pessoas deficientes. No Brasil, muitos acontecimentos relacionados a esses fatos ocorreram, colaborando

---

* Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

** Processo 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

para que os movimentos das pessoas portadoras de deficiência ganhassem novo rumo em suas reivindicações⁽²¹⁾.

A Resolução 37/52 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de três de dezembro de 1982, um ano após a declaração do Ano Internacional, aprovou o “Word Programme of Action Concerning Disabled Persons” – Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência. O propósito desse programa é promover providências eficazes para prevenção da deficiência, reabilitação e realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das pessoas com deficiência na vida social e no seu desenvolvimento⁽²¹⁾.

A análise da situação das pessoas deficientes deve ser realizada pelos níveis de desenvolvimento econômico e social e formação de diferentes culturas. Porém, em toda parte, a responsabilidade fundamental de atuar frente às consequências das deficiências recai sobre o Governo. Mas, isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e organizações. Todos devem ter a consciência quanto aos benefícios que seriam alcançados com a inclusão das pessoas deficientes nas esferas econômicas, vida social e política⁽²¹⁾.

Dessa forma, as instituições que se formavam com o objetivo de reabilitar pessoas portadoras de deficiência tinham esta incumbência: torná-las aptas para a sociedade. O objetivo era o de garantir a igualdade e a participação, para não mais serem vistas como “problema social” existente.

Muitos autores trazem em suas discussões a constatação de que as Instituições de Reabilitação surgiram da filantropia, como forma de ajudar essa parcela desfavorecida da população que se encontra, ainda, “diferente”.

A maioria desses conceitos está embutida na História da reabilitação em São Paulo, e principalmente, na História dessa instituição estudada em particular. Ao analisarmos os documentos, fica claro por, diversas vezes, a questão da “importância social”, contribuiu para tornar viável para sociedade e para os órgãos que a idealizaram, a criação de um centro de reabilitação em São Paulo, tanto na sua idéia de implantação inicial como na proposta de

transferência: criação e expansão do centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas.

[...] Esses serviços são comumente citados em conjunto com “Reabilitação” a muitos governos locais e nacionais pelo Mundo afora estão atualmente oferecendo esses serviços para que os cidadãos prejudicados ou incapacitados permanentemente possam retornar a uma vida ativa e produtiva, em vez de permanecer permanentemente necessitando de assistência financeira e outras [...]*

[...] Atualmente é consagrado que as sociedades modernas industriais tenham a responsabilidade de prover para seus membros bons serviços médicos. Também é um fato que o serviço de saúde isoladamente não pode resolver todos os problemas do paciente que sofre um acidente sério ou uma moléstia crônica. Assistência adicional é necessária, que poderá ser psicóloga, econômica, social ou preparação para emprego remunerado[...]

[...] Em nossa realidade de São Paulo (Brasil), não existe recursos especialmente dirigidos para Reabilitação, a não ser os pouquíssimos serviços que se rotulam de reabilitação, mas que na verdade não o fazem, ou fazem de forma incompleta, programas assistências aos portadores de deficiências físicas ou mentais [...]**

[...] Divulgar a importância humanitária, social e econômica da reabilitação [...]**

[...] O incapacitado deixara de ser uma sobrecarga para a sociedade, diminuindo sensivelmente os preconceitos bloqueadores de sua participação, como produtivo evitar-se-ão as oportunidades do indivíduo para explorar a própria deficiência na degradante condição de esmorecer. Tempo, energia e recursos serão economizados e aplicados de modo a alcançar a independência pelo trabalho, conservar-lhe a dignidade e desenvolver-lhe o respeito próprio [...]**

[...] diariamente o Hospital das Clínicas na contingência de dar altas aos seus pacientes com deficiência, sem dispor de meios para cuidar de sua reintegração a comunidade [...]**

[...] o valor de sua realização, com a que hora se propõe, reside principalmente na sua importância social, qualquer que seja o aspecto enfatizado [...]**

[...] a família do paciente necessariamente abrangida pelo processo de reabilitação, as obras assistenciais de incapacitados

---

* Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

** Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

*** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

**** Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

e a comunidade, em geral ficarão indubitavelmente beneficiados [...]

[...] Tempos virão em que lucros serão deferidos pela sua adequada colocação profissional [...]

[...] Trabalhos de natureza diferente, dedicado àqueles em que se instalaram incapacidades físicas, serão uma obra exemplar, pela sua filosofia de ação, pelos seus objetivos, pelos possíveis programas realizados de reabilitação profissional e seus resultados e benefícios individuais, familiares e comunitários [...]

[...] Não existindo similar em todo o país e mesmo a área social, constituirá o Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro um centro de formação e treinamento de especialista de repercussão internacional como tem sido as diferentes dependências do Hospital das Clínicas [...]

5.2.3.4 Organização e Planejamento

A forma de produzir saúde no Brasil é heterogenia, comportando sobreposições e composições diversas, o que ocorre também no segmento específico da Reabilitação.

O modo de produzir serviços em Reabilitação, principalmente no Brasil, diferencia-se entre as diversas instituições existentes e relaciona-se com a proposta a qual se pretende assistir.

Nessa subcategoria, apresentaremos quais os modelos assistenciais propostos para o desenvolvimento dessa instituição e como isso se deu no decorrer do tempo, desde sua idéia inicial.

Com a possibilidade de instalar um centro de reabilitação na cidade de São Paulo, mais propriamente no Hospital das Clínicas, algumas medidas organizacionais do próprio hospital foram necessárias para essa concretização.

[...] Solicitação ao conselho para estudar a aprovação dos seguintes itens:

1. Criação no HC, anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica em Serviço de Reabilitação;
2. Regulamentação do serviço;
3. Criação do conselho de orientação do serviço de reabilitação;
4. Fornecimento de material necessário do início imediato e de forma efetiva do referido serviço;

---

* Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

5. Designação de contatos técnicos habilitados para o serviço de reabilitação [...]*

[...] discutir-se iniciar as atividades do Instituto, ainda com sede no prédio da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pois era indispensável ganhar experiência neste campo e treinar com urgência o pessoal necessário [...]**

A proposta do HC ter seu próprio Centro de Reabilitação esbarra nas questões de organização do IR que funcionava de forma precária para os idealizadores desse projeto. Inicialmente, foi proposta a construção de uma sede própria.

[...] a construção de uma sede própria iria possibilitar a expansão de suas atividades neste setor, o que seria inevitável [...]**

[...] O superintendente Geral do da Silva Ferreira, em ofício de 24 de junho de 1968, ao governador Abreu Sodré, dá a notícia de que o Instituto não logrou colinar seus objetivos e que até “vem evoluindo” [...]**

[...] O Hospital das Clínicas necessita de um plano através do qual pacientes que precisam, possam receber serviços de medicina física e reabilitação [...]**

[...] levando em consideração o prazo que decorre desde a elaboração de planos até o término da construção e instalação, julgamos oportuno iniciar o mais depressa possível os trabalhos de planejamento [...]**

[...] sua sede está dentro do prédio da Clínica Ortopédica e Traumatológica, mas os critérios de disciplina, regime de trabalho e atendimento de paciente num hospital e num centro de reabilitação são diferentes [...]**

Após anos de discussão sobre o futuro do IR e a quem esse se remeteria, em 1972, foi estabelecido um plano de instalação administrativo e operacional, para que o Centro de Reabilitação do HC passasse a funcionar nas dependências da Casa do Paraplégico, doada para o Estado pela Associação Paulista de Assistência ao Paraplégico.

[...] o planejamento de um novo centro de reabilitação deve levar em conta muitos fatores de diversas ordens para seu programa

---

* Processo 16402/1951. Serviço de Reabilitação Ortopédica.

** Processo 1574/1960. Referente a doação de um terreno do HC para a construção do prédio do próprio IR.

*** Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

seja de real utilidade. Ambiente físico, localização, capacidade de extensão a alteração do programa, capacidade de leitos, tipo de casa, condições de atendimento, são algumas das áreas a serem levadas em consideração [...]

[...] sugere que os pacientes do Hospital das Clínicas recebam sua fisioterapia e outra assistência médica, dentro do hospital. Nesse ponto, os pacientes considerados para o serviço de reabilitação total, deveriam ter a oportunidade de serem entrevistados por médicos de reabilitação, um assistente social e um psicólogo, tão logo quanto possível. Se essa equipe de técnicos em reabilitação decidirem que o paciente poderá se beneficiar dos serviços totais de reabilitação, então o paciente deverá ser transferido para um “Centro de Reabilitação”, tão logo as condições físicas sejam consideradas como tendo alcançado o máximo ou próximo do máximo que se possa esperar. Esse Centro estaria mais dedicado aos serviços de reabilitação social, psicológico e profissional [...]

[...] Sugere-se, portanto, que todos os pacientes de reabilitação inicial sejam executados no prédio do Hospital das Clínicas e do Departamento de Ortopedia de Traumatologia, Esses serviços deveriam incluir fisioterapia, serviço social, serviço de psicologia e avaliação dos pacientes que tenham potencial para se beneficiar do serviço de reabilitação integral [...]

Nesse sentido, os aspectos concernentes à estrutura do Centro de Reabilitação foram repensados e delimitados para uma proximidade com um funcionamento ideal. Desse modo, a proposta contemplou as necessidades sobre os tipos de paciente que seriam atendidos, os recursos humanos em sua totalidade, bem como recursos materiais, local de instalação e suporte técnico.

[...] A Organização Pan Americana de Saúde da Organização Mundial de Saúde, já se prontificou a desenvolver um plano de reorganização daquele Instituto, dentro do Hospital das Clínicas, inclusive formando pessoal técnico [...]

[...] para o senhor assessor chefe tomar as imediatas e urgentes providências, no sentido da elaboração do necessário expediente legislativo, entretanto em contato com as autoridades competentes para a concretização desse objetivo [...]

[...] Uma equipe de reabilitação deveria ser designada, constituída de um médico, um assistente social e um psicólogo, que seriam

---

* Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

** Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

*** Processo 4168/1968. Instituto de Reabilitação. Transferência do Instituto de Reabilitação para o HC.

designados para avaliar qualquer paciente cujo médico, ou cuja assistente social das várias clínicas [...]

Com a estruturação do Centro de Reabilitação do Vergueiro em 1970, foi necessário um plano de instalação para esse **serviço, a fim de** caracterizar o público alvo e o serviço a ser desenvolvido, o que culminou apenas 1973.

[...] Em abril de 1973, iniciamos o trabalho para alcançar o desejado funcionamento desta Divisão, até chegarmos à atual proposta na sua estrutura e organização funcional [...]

[...] o presente estudo de instalação do serviço de reabilitação, nas enormes instalações da Casa do Paraplégico, para servir casos provenientes das diversas clínicas do HC, procurará avaliar diversos aspectos que forem de real importância.

1- Tipo de cliente.

Pessoa portadora de deficiência física, de todas as idades e de todas as condições sociais. As que procuraram ou aquelas que se tratam no hospital do HC estão, em geral dentro de uma faixa privilegiada, pois, ou tem direito ao instituto nacional de previdência social e, portanto, se trabalham, não o fazem em regime reconhecido pelo país, ou simplesmente não tem condição de trabalho e de ganho de sua própria subsistência. À também os que de uma forma ou de outra, conseguem se tratar o HC, mesmo pertencendo a uma camada melhor da sociedade.

Como os casos do centro de reabilitação serão os casos já registrados e já selecionados dentro do HC, muita pequena possibilidade de escolha estará nas mãos dos profissionais. Alguns pontos, entretanto, devem ser estabelecidos, limitando o centro aos atendimentos dos casos das seguintes características:

- a- Idade –deverá atender apenas clientes que estejam na faixa de idade considerada de trabalho, ou seja, entre 14 e 50 anos de idade. Programas para pessoas de baixo ou acima devem sem dúvida existir. Deverão ser criados, uma vez que não existe. O HC tanto por exercer convênios com entidades já existentes em que serviços de reabilitação (restauração física e educação) para crianças, como poderá orientar os pais no sentido da utilização dos seus próprios meios por recursos existentes na comunidade. Quanto aos casos de geriatria, com dependências físicas, os recursos existentes na comunidade deverão ser explorados.
- b- Sexo- deverá atender a ambos os sexos, sem discriminação. Com a proporção de casos de homens para mulheres é, em geral, de dois ou três para um, essa proporção na discriminação de vagas será seguida.
- c- Diagnóstico médico – o centro de reabilitação deverá atender os seguintes tipos de casos:
  - deformidade ortopédica e comprometimento funcional (paraplegia, tetraplegia, parestesia, paraparesia, hemiplegia,

---

* Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

** Processo 1760/1984. Estrutura e Organização do Departamento de Reabilitação Profissional do Vergueiro.

hemiparesia, monoplegia, e diversas más formações congênitas), causando paralisia cerebral, artrites, reumatismos, poliomielite, distrofia muscular, esclerose múltiplas, acidente vascular cerebral, acidente resultante de lesão cerebral, lesão medular, em tratamento ósseo e outros.

- de amputação em geral, de membros inferiores ou superiores.
- de comprometimento auditivo, de fala, de visão, e todos os graus que requerem reabilitação.
- casos de deficiências múltiplas.

d- Potencial para reabilitação- todo cliente do centro deverá ter potencial para certos tipos de independência, se possível para trabalho rendoso não se excluindo, todavia, os casos para independência na área da atividade doméstica.

2- Ambiente físico.

O edifício construído pela associação paulista de assistência ao paraplégico tem grandes méritos, sendo um dos maiores, sem duvida, com cuidados planejados de espaço para circulação de cadeiras de rodas, adaptações prontas em varias áreas, a fim de facilitar a vida do paraplégico ali internado.

No entanto, quando nele se planejava instalar um centro de reabilitação, as considerações precisam ser um pouco diferentes e algumas adaptações, de ponta a ponta, precisaram ser feitas para que sirvam às novas finalidades. Será perfeitamente possível utilizar o prédio de forma como foi planejado e construído; necessário se faz o acabamento total, com maior proteção das instalações, devido às proximidades do ambiente a outros menos seguros. Estudos separados serão feitos para apresentação das sugestões quanto às pequenas alterações internas, desde que o HC, após o recebimento do ofício da doação, designe arquitetos para promover os levantamentos necessários.

3- Capacidade de leitos e capacidade total.

O planejamento atual do Centro de reabilitação prevê o atendimento de vários tipos de casos. Certa proporção será estabelecida para o atendimento de fato, por tipo de incapacidade e por sexo e também por tipos de programas necessários, e, portanto, os limites atualmente considerados necessários 25 a 30 homens para 10 a 15 mulheres internados.

O critério para internação (utilização dos leitos) será estabelecido em fase definitiva pela própria equipe de reabilitação, mas na fase atual serão os seguintes:

- problema físico que impede o indivíduo de utilizar meios de transporte comum;
- problema social e familiar que impeça ou dificulte o individuo de freqüentar programa de reabilitação e o treinamento;
- problemas de localização da residência do individuo, especialmente quando provem do interior ou de outras cidades.

Para tornar viável a aceitação de homem e mulher nas instalações, pequenas modificações devem ser feitas.

Na área de dormitórios terá uma área reservada para enfermaria para casos de enfermidades que requeiram tratamento médico, se necessidade de reencaminhamento ao HC.

Considerando externos e internos e, programa total e considerando o tamanho do prédio, o centro de reabilitação poderá atender a média aproximada de 150 casos por vez. A duração média do processo de reabilitação poderá ser estabelecida em quatro meses cada caso, levando em conta a experiência de outros centros de reabilitação. Assim sendo, o centro poderá ter uma quantidade de 500 casos por ano em processo total de reabilitação.

4. Relação entre a capacidade do centro e número de profissionais.

O planejamento do número de técnicos deve ser lembrado que a grande maioria dos clientes será encaminhada ao centro após o programa de restauração física no HC, e essa grande maioria não terá necessidade de certos tipos de serviços. Todos deverão ser avaliados pelo médico no centro e encaminhados durante o processo de reabilitação para verificação de sua evolução. E algumas considerações que foram levantadas por conta do cálculo de profissionais necessários a cada área:

- a- Médico - um será suficiente. Em 150 casos, pela média de quatro meses, será necessário a um médico que trabalhe 4 horas por dia para examinar de três a quatro pacientes por dia, com plena possibilidade de reservar um dos dias da semana para reunião de equipe ou reuniões técnicas com o pessoal da área de restauração física.
- b- Fisioterapeuta – partindo do pressuposto de que apenas 10% do trabalho de restauração física serão reservados à reabilitação, apenas um fisioterapeuta será suficiente, o início de suas atividades será com exercício de condicionamento físico e todos os clientes, em grupo, na área externa, e o restante do tempo serão reservados à fisioterapia propriamente dita.
- c- Terapia ocupacional – para os tipos de atividades a serem desenvolvidas e também para as atividades de vida diária, apenas um profissional será suficiente. Inicialmente, o TO não será envolvido nas atividades de avaliação para o trabalho.
- d- Psicólogos – a necessidade básica inicial do serviço de psicólogos será durante a fase de hospitalização do reabilitando. Nessa fase, o trabalho normal de avaliação da estrutura psicológica do indivíduo, serão necessários dois psicólogos, devido ao volume de trabalho e ao montante de teste e análises a serem feitos. Eventualmente e sempre que a equipe do centro achar indispensável, o serviço de aconselhamento de psicólogos serão solicitados.
- e- Assistente social – o serviço social deverá contar com um elemento do HC, para fazer parte da equipe de reabilitação. Manterá, necessariamente, outros profissionais do centro, para tratamento dos problemas sociais dos casos. Um apenas será suficiente nesse caso, enquanto que no centro, considerando o número planejado de casos, haverá necessidade de quatro profissionais em tempo integral, incluindo um chefe que fará a supervisão do grupo.
- f- Orientadores profissionais de reabilitação- esses terão em suas mãos, praticamente, o sucesso ou fracasso dos casos que tenham como meta a colocação em mercado competitivo de trabalho, ou em regime protegido de trabalho. Como não temos ainda em nossa realidade os colocadores oficiais competirão aos orientadores profissionais de reabilitação do centro promover meios de colocação e seguimento dos casos. Um total de cinco a seis orientadores profissionais de reabilitação, assistentes sociais formados serão necessários.
- g- Pessoal da oficina – cada tipo de oficina planejada terá um mestre e todas as oficinas em conjunto deverão ter um supervisor geral. Serão necessários oito mestres e um supervisor, cuja qualificação será estudada com cuidado.
- h- Pessoal de administração – tendo a necessidade de um estudo criterioso por parte dos setores especiais do hospital (administração, almoxarifado, lavanderia, limpeza, vigilância,

cozinha, etc.) para se determinar à necessidade de pessoal para o tamanho e necessidade do centro.

5- Material e equipamento necessários

Mobiliário adequado para o funcionamento da sala dos profissionais, bem como para a administração, para o funcionamento dos diversos dormitórios, equipamentos para a lavanderia, para cozinha, refeitório e demais áreas normais de funcionamento, poderão ser perfeitamente determinados por um grupo de trabalho, sem necessidade de pessoal técnico de reabilitação. No entanto, áreas de fisioterapia, TO, devem ser estudadas por profissionais específicos, e listas preparadas pelos mesmos.

A área de ajustamento profissional requer maquinário, mobiliários e equipamentos que poderão ser encontrados em instituições da comunidade, como SENAI, e outras entidades. Não há problemas sérios para elaboração das respectivas listas assim que o plano estiver aprovado. [...]

Do mesmo modo, outros aspectos também foram contemplados nessa proposta, como a questão de encaminhamento dos pacientes, sistema de funcionamento e atendimento.

[...]

1. Sistema de encaminhamento – Os casos remetidos ao Centro de Reabilitação são avaliados pela equipe já discutida nesse relatório, e aceitos com relatório completos da área médica, social e psicológica. Somente a equipe de reabilitação terá autoridade para encaminhar casos ao Centro de Reabilitação.
2. Sistema de Funcionamento – O processo de reabilitação integral do paciente será executado por uma equipe completa, composta de pessoal da área médica (para efetivação da fase final de reabilitação física), na área de ajustamento psicossocial (para efetivação do programa de ajustamento pessoal, familiar e social do indivíduo) e na área de ajustamento profissional (para o desenvolvimento de um programa de orientação do indivíduo para a vida de trabalho, avaliação de seu potencial para o trabalho, treinamento profissional dos casos mais indicados, colocação em empregos coletivos ou protegido e seguimento final dos casos). Como complementação dos serviços mencionados acima, o Centro de Reabilitação oferecerá ensino supletivo.
3. Sistema de Atendimento – o Centro de Reabilitação contará com alguns leitos para homens e para mulheres, sendo o critério para ocupação dos mesmos será de ordem física (casos que não teriam possibilidade de se locomover com transporte público) e de ordem social (casos do interior e de outros Estados, que não possam ocupar pensões ou morar na cidade de São Paulo durante o processo de Reabilitação). O número de leitos não ultrapassará 35. Além dos casos de reabilitação internos, haverá aproximadamente 100 externos

---

* Processo 3032/1972. Centro de Reabilitação. Plano de Instalação do Centro do HC.

que deverão comparecer ao programa durante o dia inteiro [...]

---

* Relatório do Dr. Rolin Hindluy Smith – Assessor regional em reabilitação da Organização Pan Americana de Saúde.

CONCLUSÕES

Com a realização do presente trabalho, foi possível concluir que os fatores que determinaram a criação do Instituto Nacional de Reabilitação e, posteriormente, do Instituto de Medicina Física e Reabilitação podem ser divididos em fatores intrínsecos e extrínsecos.

Dentre os fatores extrínsecos, identificamos nas categorias explicitadas:

- a. falta de assistências aos próprios pacientes do próprio HC;
- b. proposta de atendimento integral (e não mais como as instituições existentes até essa data, que desenvolviam a reabilitação), de acordo com as circunstâncias e agentes causadores da deficiência;
- c. formação de recursos humanos especializados para atender essa demanda de atendimento integral;
- d. a questão política administrativa, que pode ser observada por traz de todas as fases de pensar o serviço, implantar, expandir e, posteriormente, se transformar em uma divisão do Hospital e não mais ser vinculado a FMUSP.
- e. a questão de organização e planejamento que fez com que o serviço demorasse a ser implantado após sua proposta inicial, e posteriormente, a criação da antiga DRPV;
- f. A questão de a reabilitação ser tratada pela esfera social e pelo poder público como um problema social, no qual a sociedade junto com órgãos públicos deveria ofertar condições para melhor desenvolvimento dessas pessoas.

Dentre os fatores intrínsecos, identificamos nas categorias estudadas:

- a. a falta de estrutura inicial, onde o serviço do IR funcionava, em um lugar provisório sem a infraestrutura adequada para desenvolver plenamente seus objetivos;

- b. a necessidade de aumentar os leitos disponíveis para atender a demanda da época;
- c. A questão política que trata da administração do serviço, vinculada primeiramente a Faculdade de Medicina, por ter um caráter inicial acadêmico e posteriormente o entendimento de que o serviço prestado não era suficiente para atender a demanda da época, justificando a proposta de desvinculação da IR da FMUSP para passar a se reportar diretamente ao HCFMUSP, o que culminou com a criação do próprio Centro de Reabilitação do HC, hoje conhecido como Instituto de Medicina Física e Reabilitação, IMREA.

A História apresentada nesta pesquisa mostra que o interesse em criar serviços que proporcionavam aos indivíduos incapacitados assistência no âmbito da reabilitação se deu, mundialmente, por quatro acontecimentos históricos, sendo eles: a I e a II guerra mundial, o processo acelerado de urbanização e o de industrialização. Esses acontecimentos favoreceram a propagação de epidemias e o aumento de acidentes de trabalho. Com isso, o número de pessoas deficientes aumentou em progressões geométricas, inserindo-as em um quadro social que as considerava incapazes e não produtivas para a sociedade moderna.

Em São Paulo, não foi diferente. Na década de 50, com o aumento da população e o crescimento acelerado da metrópole, a ONU percebeu a necessidade de criar um serviço de reabilitação que atendesse a demanda dos deficientes, os quais, até então, eram assistidos de acordo com as circunstâncias e agentes de sua deficiência. As instituições se propunham a tratar uma patologia única ou outras relacionadas a uma determinada causa ou uma faixa etária preestabelecida.

Além desses fatores, não existia na América Latina um centro de reabilitação que se destinava a reabilitar o indivíduo como um todo. A cidade de São Paulo por apresentar características favoráveis para instalação de um centro de reabilitação, tais como: demanda grande de pessoas que necessitavam de reabilitação, o fato de possuir o Hospital das Clínicas, que

atendia um número considerável de pessoas e estava diretamente ligado à Universidade de São Paulo, e o crescimento acelerado da urbanização com aumento da construção civil, fábricas e número de operários, foi escolhida pela ONU para a implantação desse serviço.

Assim, foi proposta a implementação do IR a SP e em dezembro de 1951 essa proposta foi aceita pelo HC. Entretanto, foram necessários cinco anos para o desenvolvimento do projeto até a criação provisória do Instituto de Reabilitação. Dois anos após sua criação provisória, em 1958, foi instituído em caráter definitivo pela Lei. 5.029, anexo à cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Com dois anos de funcionamento em local ainda provisório, no primeiro andar do Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de São Paulo, foi proposta a construção de uma sede própria, ao lado do IOT. A idéia, embora aprovada pelo Conselho Deliberativo do HC, não se concretizou, por motivos burocráticos e políticos. Durante dez anos de funcionamento, o IR recebeu orientações técnicas da ONU, por meio de seus peritos.

Em 1967, com dez anos de funcionamento, o Dr. Flávio Pires Camargo, então diretor do IR, propõe a extensão do mesmo e absorção das atividades por uma divisão do HC. Como discutido, o superintendente da época, Geraldo Silva Ferreira, em carta ao Governador do Estado, apóia essa proposta e refere-se ao IR como incapaz de atingir os objetivos propostos se vinculado a FMUSP. Alegava que o IR não era capaz de atender toda a demanda, além de que suas instalações não satisfaziam as necessidades dos pacientes e profissionais.

Nessa mesma época, a Associação de Assistência ao Paraplégico havia construído um imóvel para atender aos paraplégicos, o que também não se concretizou por motivos políticos e burocráticos da época. Com isso, a Associação oferece ao Estado a doação desse imóvel, para instalação de um centro de reabilitação do HC. Essa proposta recebeu o apoio da ONU com a visita do D. Robin Hindluy Smith, que resultou em um relatório que favorecia essa mudança.

Em 1970, após inúmeras discussões acerca da transferência do IR para o HC, foi determinada pelo Governador Roberto da Costa Abreu Sodré a criação do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas, diretamente vinculado à direção superior do hospital, a ser instalado nesse imóvel doado ao Estado pela Associação de Assistência ao Paraplégico. Com isso, o Instituto de Reabilitação foi extinto em 1968, com o final do apoio de especialistas da ONU.

Apesar da determinação de sua criação, o Centro de Reabilitação só foi estruturado em 1977 e inaugurado em 1978, com expansão do quadro de pessoal e nova regulamentação, denominado Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro. Administrativamente, vinculava-se à superintendência do HC, através do Departamento de Hospitais Auxiliares.

Em 1994, passou a denominar-se Divisão de Medicina de Reabilitação, com a alegação de que o nome Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro transmitia uma imagem falsa, em que os objetivos estavam exclusivamente voltados para profissionalização, o que efetivamente, não ocorria. Em suas atribuições, constava a realização do programa integral de reabilitação ou orientação e aconselhamento profissional e a valorização física e social da reabilitação.

Com sua expansão, foram inauguradas duas unidades em 2001, uma na Vila Mariana e outra no Jardim Umarizal, além de parcerias com a Estação Especial da Lapa. É perceptível que foi a somatória desses fatores que determinou toda a trajetória da Instituição que é hoje conhecida como IMREA.

A figura 10 ilustra as principais datas marcantes nessa trajetória para o delineamento da História retratada durante o processo de produção deste trabalho.

Figura 10 Trajetória Histórica das Instituições

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a História nos leva a refletir e questionar sobre o contexto atual da Reabilitação, e qual seu avanço voltada para a assistência multidisciplinar e essencialmente holística ao indivíduo e sua família, como uma ciência da inclusão social que luta por meio de tratamentos especializados e de estabelecimento de políticas de saúde e sociais para incluir de fato e de direito todas as pessoas que apresentam deficiências e incapacidades.

Este trabalho nos remete, ainda, à reflexão de duas vertentes: uma que investiga os fatos históricos da ordem da saúde, voltados à reabilitação, e outra, que se debruça sobre a trajetória da criação do Instituto Nacional de Reabilitação e, em seguida, da Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro, conhecido atualmente como Instituto de Medicina Física e Reabilitação, absolutamente pioneiros para época em que foram criados.

Todavia, a relevância do presente estudo dentre outros se deve ao fato de proporcionar a explicitação dos fatores intrínsecos e extrínsecos que levaram a criação do IR e sua trajetória até a criação do IMREA, que nos dias atuais faz parte da Rede de Reabilitação Lucy Montouro.

O estudo permitiu conhecer os aspectos que levaram à idéia, concretização e extinção do antigo Instituto de Reabilitação e à estruturação da Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro. Mas, questões como a limitação de acesso aos dados documentais limitou o estudo histórico da presente pesquisa ao ano de 2001, com a inauguração de duas unidades, uma na Vila Mariana e outra no Jardim Umarizal, além de parcerias com a Estação Especial da Lapa.

A transformação da DMR em Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) não é um assunto abordado, porém o acesso a fontes secundárias possibilitou-nos a informação de que o IMREA passou a ser denominado assim em 29 de janeiro de 2009, pelo Decreto 53.979, e integra

a Rede de Reabilitação Lucy Montouro, que contará com mais oito unidades fixas até 2011, em diversas regiões do Estado de São Paulo. Pretende-se, com isso, superar a marca de 120 mil atendimentos mensais. Para isso, haverá hospitais nas cidades de Campinas, Marília, Santos, São José do Rio Preto^(53,54).

A Rede na capital já conta com um Hospital em Santo Amaro, inaugurado em agosto de 2009 e os centros de atendimento na Lapa, Vila Mariana e Jardim Umarizal. Completa a rede, a unidade móvel, uma carreta que circula pelo Estado com consultório médico e oficina ortopédica, fazendo o atendimento às pessoas que aguardam por órteses, próteses e ajudas técnicas⁽⁵³⁾.

Já existe um programa de ampliação dos nove centros para 16, com a intenção de instalação de mais unidades no interior do Estado. Essa ampliação poderá elevar para mais de 200 mil atendimentos mensais a capacidade da Rede atual⁽⁵³⁾.

A partir dessas considerações, é possível constatar que a demanda por assistência em reabilitação continua se destacando, principalmente, pelos avanços na área de urgência, emergência e assistência pré-hospitalar no trauma e no diagnóstico precoce de doenças incapacitantes, justificando, assim, a ampliação dos serviços de reabilitação e da continuidade de pesquisas históricas que analisam e relatam a evolução social, política e acadêmica da Reabilitação.

O estudo realizado aponta ainda para o fato de que a demanda da população necessitada de reabilitação tem crescido consideravelmente no decorrer dos anos, fazendo com que os serviços que atendem essa área estejam cada vez mais integrados. O objetivo é formar uma rede que alcance todas as pessoas que necessitam desse serviço.

Cada conquista das pessoas deficientes é marcada pela luta ininterrupta e pela intransigente promoção e defesa dos direitos desse grupo. Os indivíduos deficientes escrevem no Brasil a sua história, cada vez com mais avanços e conquistas que se traduzem em redução das desigualdades e equiparação das oportunidades.

Espera-se, assim, contribuir para o registro e a descrição da evolução da assistência em reabilitação, bem como, da criação e desenvolvimento do IMREA. Com esse foco, a análise das especificidades relacionadas ao atendimento, às demandas de assistência e à formação de recursos humanos especializados em Reabilitação na cidade de São Paulo constituiu-se em um ponto de partida fundamental para a reflexão dos caminhos que estão sendo trilhados para proporcionar o acesso aos benefícios da reabilitação às pessoas necessitadas em todo o território brasileiro.

Por fim, como idealizadora desta pesquisa, acredito que essa discussão é significativa, principalmente, diante do reconhecimento da necessidade do crescimento de iniciativas políticas que possibilitem a inclusão das pessoas com deficiência em todos os sentidos.

Pela complexidade do tema e interesse instigado a cada linha aqui descrita, considero que a abordagem apresentada sobre o assunto é motivadora de sua continuidade.

REFERÊNCIAS

---

01. Franco JR, Dias TRS. A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso. Revista Benjamim Constant/MEC [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2009 Fev 10];30 (11):[aproximadamente 2 p.] Disponível em: http://200.156.28.7/Nucleus/media/common/Nossos_Meios_RBC_RevAbr2005_Artigo%201.doc
02. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil. São Paulo: Manole; 1999. As alterações na concepção do objeto de trabalho em Fisioterapia em diferentes momentos de sua constituição; p.29-48.
03. Schewinsky SR. A barbárie do preconceito contra o deficiente – todos somos vítimas. Acta fisiátrica. 2004;11(1):7-11.
04. Boroch RM. Elements of rehabilitation in nursing : an introduction. Saint Louis: Mosby;1976.
05. Pessini L, Ferrari MAC, Gonçalves MJ. Reabilitação: de um olhar histórico aos desafios contemporâneos [editorial]. O Mundo da Saúde. 1995;30(21):5-6.
06. Pessini L, Ferrari MAC, Gonçalves MJ, Lucareli PRG. Reabilitação Múltiplo enfoques [editorial]. O Mundo da Saúde. 1995;32(2):7-8.
07. Grieco FS, Pinto AS, Garcia GR, Paiva RP. Evolucion histórica de La traumatologia y ortopedia. Gac Med Caracas. 1999;107(2):280-7.
08. Cherem AJ. Medicina e arte: observações para um dialogo interdisciplinar. Acta fisiátrica. 2005;12(1):26-32.
09. Silva OM. A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS; 1986.

10. Pacheco KMB, Alves VLR. A história de deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiatr.* 2007;14(4):242-8
11. Carvalho LF. Centro de reabilitação: casa do paraplégico. São Paulo: Reitoria da Universidade de São Paulo; 1963.
12. Leitão REA. Medicina Física e Reabilitação. In: Leitão A, Leitão VA. *Clínica de Reabilitação*. São Paulo: Atheneu; 1995. p.1-12.
13. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.* 2008;13(3):941-54.
14. Arruda L. Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão: história do projeto de reabilitação; a arquitetura e a arte. Lisboa: Euroscanner; 2006.
15. Tittanegro CR. Aspectos filosóficos da reabilitação. *O Mundo da Saúde.* 2006;30(1):20-5.
16. Peek WJ. A história da medicina de reabilitação como especialidade médica na Holanda. *Acta Fisiatr.* 1998;5(3):170-2.
17. A reabilitação nos centros industriais da Grã-Bretanha. *Rev Paul Hosp.* 1959;7(3):36.
18. Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(1):128-33.
19. Amiralian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saude Publica.* 2000;34(1):97-103.
20. Buchalla CM. CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
21. Brasil. Secretária Especial de Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. A

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Brasília; 2008.

22. Alves VLR. O significado do discurso de risco na área de reabilitação. Acta Fisiatr. 2001;8(2):67-70.

23. Carvalho LF. Reabilitação dos deficientes físicos no Brasil. Rev Paul Hosp. 1963;7(5):11-7.

24. Mancussi AC. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev Lat Am Enfermagem. 1998;6(4):67-73.

25. Santos VLCG, Miyadahira AMK, Kimura M. Assistência em reabilitação: um processo marcado por deficiências. Rev. Gaúcha de Enferm. 1990;11(2):5-11.

26. Battistella L. Interfases da Medicina de reabilitação com a medicina do trabalho e as ciências Forenses. Acta Fisiatr. 2003;10(2):52-3.

27. Santos TCF, Lopes GT, Bernardes MMR. Bases de sustentação militar de Vargas durante a 2º guerra e soberania bélica alemã: percepções de enfermeiras militares. Texto contexto - enferm. 2005;14(4):344-50.

28. Aguiar EC. Apresentando o Hospital das Clínicas. Rev Paul Hosp. 1957;2(2):18 - 22.

29. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP) [*homepage* na Internet]. São Paulo; c2007 [atualizada em 2009 Maio 16; citado 2009 março 02]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/historiahc/historia.htm>

30. Carvalho LF. Clínica Ortopédica e Traumatológica. Rev Paul Hosp. 1957;5(5):54-72.

31. Faro ACM, Souza LA. Enfermagem na reabilitação de pessoas com lesão medular: bases para o gerenciamento. In: Malagutti W, Caetano KC. Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Ed. Rubio; 2009. p. 221-32.

32. Nightingale F. Notas sobre Enfermagem. O que é e o que não é. São Paulo: Córtes; 1989.
33. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. A Enfermagem Atual; p.3-7.
34. Barreira IA. A pratica da enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde publica dos anos 20. Texto contexto - enferm. 1998;7(1):42-57.
35. Comaru MN, Santos WLR, Neves TA, Donadel NA. Subsídios para determinação das atividades do(a) enfermeiro(a) de reabilitação. Rev Bras Enferm. 1980;33:173-189.
36. Diogo MJD. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(1):75-81.
37. Gomes BP. Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área da saúde de reabilitação. Texto contexto - enferm. 2006;15(2):193-204.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 818, 5 de junho de 2001. Dispõe sobre a necessidade de organizar a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 07 de jun. 2001. Seção 1, p. 28-41.
39. Barrel MA, Ferrer RM, Sotomayor DO. Papel de la enfermera em la rehabilitacion del paciente neurológico y neuroquirurgico. Rev Cubana Enferm. 1994;10(2):90-6.
40. Comarú MN, Neves TA, Kerlesz PM. Participação da(o) enfermeira (o) num programa de reabilitação - relato de experiência. Rev Bras Enferm. 1978;31:237-43.
41. Delisa JA, Currie DM, Martin GM. Medicina de Reabilitação: passado, presente e futuro. In: Delisa JA, Gans BM, editores. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Práticas. 3ª ed. Barueri: Manole; 2002. p.3-33.

42. Faro ACM. Aspectos da reabilitação. In: Sousa RM, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 509 -14.
43. Morse, RM. Formação histórica de São Paulo. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970.
44. Schubsky C, Nunes E, Carvalho HA, Sandor R. A Heróica Pancada. São Paulo: XI de Agosto; 2003.
45. São Paulo 450 anos. [*homepage* na Internet]. São Paulo; c2004. [citado 2009 dez. 10]. Disponível em: <http://www.aprenda450anos.com.br/450anos/index.asp>
46. Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Introdução; p.13-21.
47. Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. A pesquisa histórica. São Paulo: Ática; 1989.
48. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 4^o ed. São Paulo: Atlas; 2002.
49. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
50. Almeida MA. Saúde e Reabilitação das pessoas com deficiência: Política e Modelos Assistenciais [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.
51. Ferreira TG. Pessoas com deficiências: condições de conviver a possibilidade de atenção domiciliar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
52. Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMR HCFMUSP). Relatório Anual. São Paulo; 2005. (DMR HCFMUSP – Relatório anual).

53. Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [homepage da internet]. São Paulo; c2005. [citado 2010 jan. 13]. Disponível em: http://www.reabilitahc.usp.br/imprensa_instituto.php

54. São Paulo (Estado). Decreto n.º 53.979, de 28 de janeiro de 2009. Dispões sobre a criação no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo –HCFMUSP, o Instituto de Medicina Física e Reabilitação – IMREA e da providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 29 de jan. 2009. Seção 1, p.119.

ANEXO 1. Solicitação ao Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000
Tel.: (11)30617544 – Fax: 30617546 São Paulo – SP – Brasil
enc@usp.br

São Paulo, 01 de dezembro de 2008.

Ilmo.Sr.

Prof. Dr. José Manoel de Camargo Teixeira

Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prezado senhor,

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para consulta das Atas e relatórios desta instituição referente à criação da Divisão Profissional de Vergueiro, na década de 70, atual Divisão de Medicina de Reabilitação, bem como da criação do Instituto Nacional de Reabilitação na Clínica Ortopédica e Traumatológica do HCFMUSP na década de 50.

Trata-se de um estudo documental desenvolvido pela enfermeira e mestranda Luciana Aparecida de Souza, matriculada no Programa de Pós Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem da USP e orientada pela professora Associada Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro, da mesma escola.

Tal estudo tem como objetivo Descrever a História da Reabilitação em São Paulo e analisar os conteúdos existentes relacionados à criação desta Instituição.

Segundo o cronograma do estudo a referida mestranda sob minha orientação, deverá ter coletado os dados até março de 2009 para dar prosseguimento à análise e realização do Exame de Qualificação, conforme os prazos estabelecidos pela universidade.

Solicitamos a sua autorização para busca e consulta da documentação existente e a divulgação dos resultados obtidos.

Contamos com a sua valiosa colaboração e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que julgar pertinente.

Permanecemos no aguardo de sua manifestação e desde já agradecemos pela atenção dispensada.

Atenciosamente.

Luciana Aparecida de Souza

lusouza@usp.br

11-82105289 ou 11-44493163

Prof^a.Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro

rafacris@usp.br

11-30617512 ou 11-30617544 (secretaria do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENC) da Escola de Enfermagem da USP)

11-30617546 (fax) do Depto ENC

ANEXO 2. Solicitação ao Presidente do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000
Tel.: (11)30617544 – Fax: 30617546 São Paulo – SP – Brasil
enc@usp.br

São Paulo, 01 de dezembro de 2008.

Ilmo.Sr.

Prof. Dr. Marcos Boulos

Presidente do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prezado senhor,

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para consulta das Atas e relatórios desta instituição referente à criação da Divisão Profissional de Vergueiro, na década de 70, atual Divisão de Medicina de Reabilitação, bem como da criação do Instituto Nacional de Reabilitação na Clínica Ortopédica e Traumatológica do HCFMUSP na década de 50.

Trata-se de um estudo documental desenvolvido pela enfermeira e mestranda Luciana Aparecida de Souza, matriculada no Programa de Pós Graduação de Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem da USP e orientada pela professora Associada Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro, da mesma escola.

Tal estudo tem como objetivo Descrever a História da Reabilitação em São Paulo e analisar os conteúdos existentes relacionados à criação desta Instituição.

Segundo o cronograma do estudo a referida mestranda sob minha orientação, deverá ter coletado os dados até março de 2009 para dar prosseguimento à análise e realização do Exame de Qualificação, conforme os prazos estabelecidos pela universidade.

Solicitamos a sua autorização para busca e consulta da documentação existente e a divulgação dos resultados obtidos.

Contamos com a sua valiosa colaboração e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que julgar pertinente.

Permanecemos no aguardo de sua manifestação e desde já agradecemos pela atenção dispensada.

Atenciosamente.

Luciana Aparecida de Souza

lusouza@usp.br

11-82105289 ou 11-44493163

Prof^a.Dr^a. Ana Cristina Mancussi e Faro

rafacris@usp.br

11-30617512 ou 11-30617544 (secretaria do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (ENC) da Escola de Enfermagem da USP) - 11-30617546 (fax) do Depto ENC

ANEXO 3. Carta do Superintendente do HC FMUSP concedendo permissão ao estudo.

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	
SÃO PAULO,	25 de novembro de 2008	Ofício AS.2 N.º 339/08
Ref.: Ofício s/nº, datado de 24/11/2008 - Interessada: Enfermeira Luciana Aparecida de Souza.		
Ilustríssima Senhora		
Em atenção ao Ofício s/nº datado e recebido em 24 de novembro de 2008, onde Vossa Senhoria solicita autorização para que a Enfermeira e Mestranda Luciana Aparecida de Souza, consulte as atas e relatórios da Divisão de Medicina de Reabilitação da Autarquia, informamos que a interessada deverá entrar em contato através do telefone (11) 3069-7048, falar com a Senhora Vera Lúcia Nogueira Vellutini, Coordenadora do Núcleo de Comunicação Institucional - NCI, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP. Aproveitamos a oportunidade para renovar os protestos de estima e consideração.		
 José Manoel de Camargo Teixeira Superintendente		
Ilustríssima Senhora Professora Doutora Ana Cristina Mancussi e Faro Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo		
/jd (Ofício / Diversos / Outros)		