

**COFFITO
reconhece
especialidades**

COFFITO

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

DEZEMBRO DE 1998

PORTO ALEGRE

O resgate da cidadania em Saúde Pública



**No mundo
do silêncio**

MERCOSUL

**Integração
analisada**

IPA

**Educação com
compromisso
social**

CARATINGA

**Excelência
educacional**

COFFITO

Conselho Federal de Fisioterapia
e Terapia Ocupacional

DIRETORIA

Presidente

Dr. Ruy Gallart de Menezes

Vice-Presidente

Dr. João Marinônio Aveiro Carneiro

Diretora-Secretária

Dra. Célia Rodrigues Cunha

Diretor Tesoureiro

Dr. Eudoberto dos Santos
Meireles Figueiredo

CONSELHEIROS EFETIVOS

Dr. André Luiz Bentin de Lacerda
Dr. Benedito José Ribeiro Duarte
Dra. Célia Rodrigues Cunha
Dr. Eudoberto dos Santos
Meireles Figueiredo
Dr. João Marinônio Aveiro Carneiro
Dr. Oséas Florêncio de Moura Filho
Dra. Patrícia Moreira Bastos
Dr. Ruy Gallart de Menezes
Dra. Vilalba Rita Colares Cruz Dourado

CONSELHEIROS SUPLENTE

Dr. Carlos Alberto Esteu Tribuzy
Dr. Edison Tarouco Bueno
Dr. José Alexandre Bachur
Dra. Lenize Hietzel
Dr. Luis Vicente Franco de Oliveira
Dra. Luziana Carvalho de
Albuquerque Maranhão
Dr. Marcellino Martins
Dra. Márcia Monteiro Garcia
Dra. Maria Tereza Dresch da Silveira

Assessor Jurídico

Dr. Valter Vilas Bôas de Meireles

Assessor Contábil

Dr. Paulo Yassuo Kolke

O COFFITO é órgão oficial de
divulgação do COFFITO - Conselho Federal
de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Redação: rua Coronel Lisboa, 397 - Vila
Mariana, CEP 04020-040 São Paulo, SP,
tel. (011) 573-8646 / fax (011) 573-8569

Editor

Elisário E. do Couto (Mtb 8.226)

Produção gráfica

Insert/Lactus
Tel. (011) 547-0948

Impressão

Globo Cochrane Gráfica

Tiragem:

45.000 exemplares

Distribuição:

Seta Assessoria Postal Ltda.

Capa: foto de Tessa Codrington/
The Hutton Getty Picture Collection

Sistema COFFITO/CREFITOS

COFFITO

Sede

Edifício Brasília Rádio Center, sala 1038
70719-900 Brasília, DF
Tel. (061) 328-2259
Fax (061) 328-4166166

Secretaria Executiva

Rua Coronel Lisboa, 397 - Vila Mariana
04020-040 São Paulo, SP
Tel. (011) 573-8646 e 572-3312
Fax (011) 573-8569
e-mail: coffito@criar.com.br

CREFITO-1

Estados de Pernambuco, Paraíba,
Rio Grande do Norte e Alagoas

Estrada de Belém, 713
52040-490 Recife, PE
Tel./fax (081) 241-6297 / 241-7977

CREFITO-2

Estados do Rio de Janeiro
e Espírito Santo

Rua Moraes e Silva, 129-Maracanã,
20271-031 Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (021) 569-9588 e 264-9346
Fax (021) 264-0956

CREFITO-3

Estado de São Paulo

Rua Afonso Celso, 1643
04119-062 São Paulo, SP
Tel./fax (011) 577-2511
Fax (011) 577-2172

CREFITO-4

Estados de Minas Gerais, Goiás,
Distrito Federal e Tocantins

Rua Bahia, 1148/83
30180-011 Belo Horizonte, MG
Tel. (031) 222-1622
Fax (031) 222-2340

CREFITO-5

Estados do Rio Grande do Sul
e Santa Catarina

Av. Palmeira, 27 - conj. 403
90470-430 Porto Alegre, RS
Tel./fax (051) 334-1613 / 334-6586

CREFITO-6

Estados do Ceará, Maranhão,
Piauí, Pará, Amazonas,
Roraima e Amapá

Rua Padre Ambrósio Machado, 390
60416-270 Fortaleza, CE
Tel./fax (085) 491-4696
Fax (085) 491-9935

CREFITO-7

Estados de Bahia
e Sergipe

Av. Sete de Setembro, 260
40080-002 Salvador, BA
Tel./fax (071) 336-3507
Tel. (071) 336-7683

CREFITO-8

Estado do Paraná

Rua Marechal Deodoro, 2.413
80050-010 Curitiba, PR
Tel./fax (041) 264-8037 / 264-7081

CREFITO-9

Estados de Mato Grosso,
Mato Grosso do Sul,
Acre e Rondônia

Av. Ipiranga, 637 - Goiabeiras
78020-550 Cuiabá, MT
Tel. (065) 321-6136 / 623-0561

Responsabilidade e convivência

Caro leitor:

Você está recebendo "O COFFITO" em nova apresentação, remanufaturado em forma de revista e nova concepção gráfica, com o objetivo de tornar seu manuseio e leitura mais agradáveis.

Sua linha editorial apresenta matérias que se contrapõem as deformações e impropriedades promovidas ou permitidas pelo poder público.

Nesta edição são abordadas algumas dessas questões:

- a formação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional, onde a Faculdade de Fisioterapia de Caratinga (Minas Gerais) e o Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista - IPA (Rio Grande do Sul) são exemplos práticos de que a ética educacional, cada vez mais ausente, é possível de ser encontrada em entes educacionais privados, quando comprometidos com a qualidade e o respeito ao objeto social do seu produto;

- no Estado do Paraná, a Universidade Tuiuti apresenta seu programa de assistência ao portador de deficiência auditiva, suprindo uma lacuna do Estado, que não oferece este tipo de assistência;

- a Presidente da Comissão de Especialistas de Ensino Superior de Fisioterapia da SESU/MEC discorre sobre os trabalhos da Comissão, os rumos da Educação Superior e os riscos sociais que poderão ocorrer de uma multiplicação desordenada e academicamente desqualificada dos cursos de Fisioterapia no país;

- o Secretário de Saúde do município de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) comenta as dificuldades encontradas e os mecanismos técnicos e administrativos utilizados para tentar superar a crise que acomete o setor Saúde no país, objetivando garantir à sua população uma assistência pública, de qualidade aceitável.

Enfim, são questões que, de alguma forma, no seu conjunto, interferem na vida do cidadão.

Não poderíamos deixar de traçar um comentário específico sobre a questão da formação profissional.

Temos apresentado reportagens sobre instituições educacionais de nível superior que, mesmo pertencendo a iniciativa privada, não se contaminaram pela irresponsabilidade acadêmica e social, decorrentes da intolerável abusividade mercantil que corrói o mérito acadêmico e a qualidade dos serviços no país.

Nada teríamos a obstar, se a criação de novos cursos não estivesse lastreada pela ausência de fundamentação acadêmica e científica de seus projetos pedagógicos, centrados em currículos incipientes, no lucro abusivo e na desqualificação de seu produto.

No ensino da Fisioterapia, temos a agregação de um fator extremamente grave, que é a convivência de profissionais da própria área, despreparados para assumir a relevância educacional de uma coordenadoria na área do Ensino Superior, alcançadas muito mais pelas relações pessoais do que pelo mérito educacional e que, via de regra, sofrem de uma miopia social que os impede de alcançar o entendimento das demandas de saúde, em essência e extensão, sequer conhecendo o objetivo e as responsabilidades sociais do produto que deveriam produzir.

Evidentemente, os cursos estabelecidos nestes princípios e que começam a se tornar maioria, não nos trazem qualquer expectativa de alcançar uma lógica de ética e de responsabilidade social na área da Educação Superior em Saúde.

Gostaríamos que a SESU/MEC e suas Comissões tratassem melhor desta questão, defendendo também a qualidade dos serviços oferecidos a cada cidadão no país.

HOMENAGEM PÓSTUMA

O Plenário do COFFITO, em sua última reunião, homenageou o nome de Guido Ivan Marques de Carvalho, cidadão que sempre se contrapôs as violências cometidas contra a ética social, jurista de excelência, amigo e companheiro, fiel a sólidos princípios éticos e morais, que prematuramente afastou-se de nosso convívio neste plano existencial.

No mundo do silêncio

Foto: CRESA



O PARANÁ ESTÁ DANDO UM BELO EXEMPLO DE PROMOÇÃO HUMANA, AO DESENVOLVER, ATRAVÉS DE UMA INSTITUIÇÃO VINCULADA A UNIVERSIDADE TUIUTI, TRABALHO HUMANÍSTICO INOVADOR DIRECIONADO A REINserÇÃO DE SURDOS.

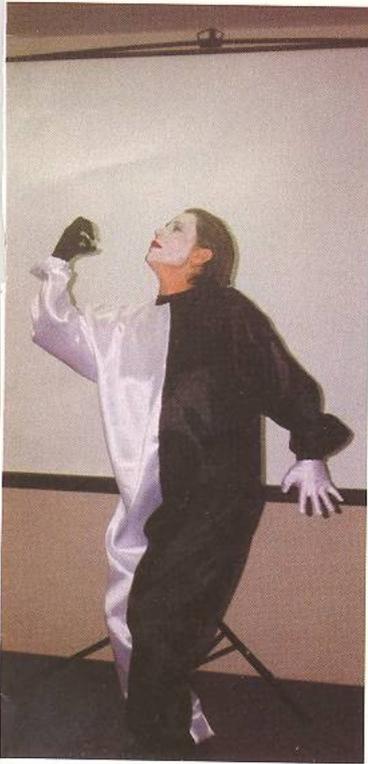
ELISIÁRIO COUTO,
DE CURITIBA

Entre as deficiências, a questão da surdez provavelmente é uma das mais complexas. O ser humano, quando é privado de uma situação sensorial, passa por um estado de conflito e de angústia. O surdo, com intensidade ainda maior, por participar de um mundo onde não se consegue fazer entender, comunicar, conhecer ou se fazer conhecer... Esse sentimento é constante no deficiente auditivo e

desenvolve alguns padrões de comportamento ou linhas de conduta: todo surdo tem atitudes diferenciadas entre si e não há como criar modelos ou padrões. Grande parte da população surda tem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico e muitos fazem uso da medicação, em função de quadros neuróticos ou psicóticos ou do afloramento de situações esquizofrênicas.

Um dos exemplos mais significati-

vos de promoção humana, direcionado para pessoas que vivem as barreiras surgidas pelo mundo sem som está sendo oferecida pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) através do Centro de Reabilitação Sydney Antonio (Cresa), que ela mantém em Curitiba. Já com mais de 20 anos de existência, esta instituição hoje atende a cerca de 120 pessoas portadoras de necessidades especiais globais na área de deficiência auditiva e deficiências



Apresentação do "Coral dos Sinais" no Encontro Internacional de Audiologia, realizado em Bauru (SP), no início deste ano. Aqui, um dueto entre duas das integrantes do grupo.

associadas (motora, sensorial, social, cognitiva etc), na faixa de 2 a 25 anos, em regime de externato, divididos por três períodos (manhã, tarde e noite), com programas diferenciados. O serviço é interagido através de uma equipe multiprofissional, formada por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e profissionais da área da educação. O atendimento inicia-se com uma triagem de avalia-

ção, efetuada por essa equipe multiprofissional e o encaminhamento para os setores existentes dentro da instituição ou para uma das salas de aula especiais, simultaneamente ou não.

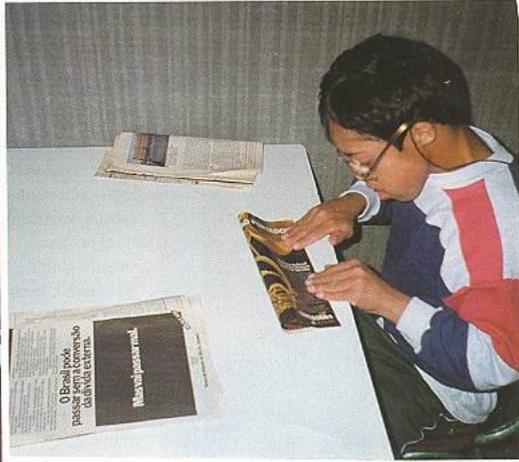
CAMINHO DIFÍCIL - A pessoa que sofre uma privação, seja ela na área sensorial, motora, perceptiva, afetiva-social ou de outra ordem, tende a comprometer seu nível de desenvolvimento global e/ou sua performance funcional, lembra André Luiz Bentin de Lacerda, professor da UTP e terapeuta ocupacional da instituição. "O surdo também passa por esse caminho, com a privação do 'escutar', mas com a agravante de inviabilizar a aquisição da linguagem ao longo do processo de desenvolvimento, aquisição esta que tem como função primordial a organização das funções psicológicas superiores que produzem formas fundamentalmente novas de comportamento, iniciando desta maneira o processo de socialização".

Neste contexto, a terapia ocupacional vem tendo papel decisivo, lembra André Bentin, desenvolvendo atitudes de cooperação e ajuda mútua, aumentando as possibilidades de desenvolver o autocontrole e auto-crítica, necessários para, futuramente, enfrentar situações. "A terapia ocupacional também oportuniza vivências e experiências na busca do conhecimento e reconhecimento do próprio 'eu', direcionando a atividade como agente de interação social, o que atua no controle do próprio comportamento e ambiente, agindo como objeto intermediário da comunicação. Busca ainda a minimização de atitudes de posturas rígidas, através do fortalecimento das relações intrapessoais (sentimentos contidos internamente, como auto-estima, auto-imagem, auto-crítica, auto-respeito...) e interpessoais (estima, mútuo respeito, imagem positiva das coisas...); colabora no planejamento, organização e execução nas atividades sócio-culturais e no ajustamento do

controle e das habilidades psicomotoras, tanto nos aspectos conceituais como funcionais outras atividades".

Um bom exemplo desta última faceta é o apoio e acompanhamento ao grupo "Coral de Sinais", que em lugar de cantar por vozes, canta por gestos, sinais... Fazem a interpretação da música. O recurso - coral como ferramenta terapêutica - é assessorado pelo setor de Terapia Ocupacional, porque envolve uma série de situações que o deficiente auditivo necessita atingir primeiro, para fazer parte desse coral: desenvolver a expressão, o ritmo corporal, a coordenação motora, o equilíbrio... "Da mesma forma que o terapeuta ocupacional assessora professores em sala de aula, também faz o assessoramento terapêutico nessa situação", recorda André Bentin. "São capacidades que geralmente estão defasadas ou alteradas no surdo. A própria patologia leva ao não desenvolvimento global do indivíduo. O surdo sempre tem alguma alteração, até a nível de tónus, porque vive uma situação sempre conflitante, de angústia, e muitos surdos apresentam musculatura sempre tensionada, o que cria limitações na realização do movimento".

PENALIZAÇÃO INJUSTA - Ao não receber estímulos do meio, via auditiva, o surdo não conseguirá desenvolver a fala, que é o sistema de comunicação mais amplo, eficiente e adequado já criado pelo homem. "É necessário quebrar o mais precocemente possível o bloqueio da comunicação, utilizando ações multiprofissionais. O surdo é o mais penalizado porque a nossa cultura é estética", pontua Bentin. "Toda vez que você observa um deficiente, se ele não andar, terá um apelo emocional mais acentuado. O surdo, esteticamente, não é percebido como um deficiente. 'Ele só não escuta' é o que se ouve frequentemente, mas o não escutar é tudo. É possível adquirir conhecimento e



sabedoria sendo cego, não tendo braços ou pernas, imobilizado em uma cama... O surdo anda por todos os lugares sem ter acesso a nada, informação ou conhecimento. Como o indivíduo vai sobreviver se não constrói o saber?"

Como sair deste gueto? Existem várias tentativas isoladas, independentes. É muito discutida a inclusão e inserção do surdo em sala de aula. Constitucionalmente, ele tem direito a educação e a saúde e poderia interperlar para que tivesse um intérprete na sala de aula, traduzindo do oral para o gestual. Na prática, quase sempre se esbarra na barreira do custo. "O que temos sentido, particularmente no setor público, é que se traz um modelo de fora e é feita uma adaptação que passa por uma redução de custo. Não se traz o modelo para beneficiar situações, para tentar baratear o custo", lamenta o terapeuta ocupacional. "Muitos gestores, fugindo de suas atribuições, tem a petulância de dizer que não vão colocar dinheiro bom em cima de coisa ruim, que isso não traz retorno financeiro... sem nenhuma visão social ou política para ser um gestor público".

EXEMPLO - No Estado do Paraná, as pessoas portadoras de deficiências

possuem uma situação diferenciada: vão para escolas especializadas ou salas especiais dentro da escola pública ou ainda para centros de reabilitação, que fazem um trabalho integrado de acompanhamento e assessoramento das escolas regulares. É o caso do Cresa, ao desenvolver as potencialidades e capacidades do surdo e acompanhar os que estão em escolas regulares, promovendo um assessoramento na escolaridade. Embora a Universidade Tuiuti tenha caráter privado, o Centro por ela mantido mantém convênio com o setor público estadual, que fornece os professores. Os demais profissionais são pagos pela própria Universidade, assim como toda a parte administrativa.

O Cresa adotou inicialmente uma metodologia verbo-tonal, muito utilizada por várias escolas brasileiras. Ao mesmo tempo passou a utilizar o bilinguismo, ou seja o enfoque na língua portuguesa (na tentativa de oralização, para que os surdos venham a adquirir alguma forma de falar, "em uma situação que é mais cômoda para o ouvinte do que para eles mesmos", ressalta Bentin) e na Libras, a linguagem brasileira de sinais, em um trabalho vinculado ao Departamento de Ensino Especial da

Secretaria de Educação do Estado do Paraná. "Temos aprendido que esta linguagem por sinais é uma ferramenta muito preciosa para os terapeutas ocupacionais utilizarem" enfatiza André Bentin. "Utilizo a língua de sinais para desenvolver minha parte relacional, a relação terapeuta-paciente da forma mais adequada possível".

Os alunos são trazidos de terminais, onde são concentrados em ônibus cedidos pela Prefeitura e conduzidos por monitores. O atendimento ocorre nos três períodos, com maior número de adolescentes e adultos à noite, em um programa diferenciado que inclui o ensino supletivo da Secretaria da Educação. O ensino vai da primeira a quarta séries (existe previsão de se iniciar da quinta a oitava séries a partir do próximo ano). Na vivência de André Bentin, é aqui onde o surdo se situa de forma mais natural. "Sua inclusão em turma de ensino regular causa situações que ainda não estão resolvidas. Fala-se em resultados, mas me parece fruto do sacrifício só de um lado".

METODOLOGIA INOVADORA - Há cerca de 5 anos, o Cresa começou a tentar desenvolver a capacitação desse indivíduo para o mercado competitivo



À esquerda. Grupo do período noturno em atividades psico-motoras.

Centro. Hoje com 17 anos e convivendo com a síndrome de Down, este surdo, embora não domine a língua de sinais, consegue promover a socialização.

À direita. Um caso de surdo com comprometimento psíquico, atendido pelo terapeuta ocupacional André Bentin

do trabalho. "Na época, a proposta passava - e também para portadores de outras deficiências - pela questão da oficina, para capacitá-lo ao mercado de trabalho, preparando o indivíduo dentro de um treinamento de produção, para exercer algumas atividades e funções, dependendo do nível de escolaridade e de compreensão", recorda Bentin. "O surdo aprendia a desempenhar funções rotineiras e desta forma estabeleceu-se a aproximação com o profissional terapeuta ocupacional, até porque a diretora do centro, Vanessa Hermann, também é terapeuta ocupacional e tinha a visão social da profissão".

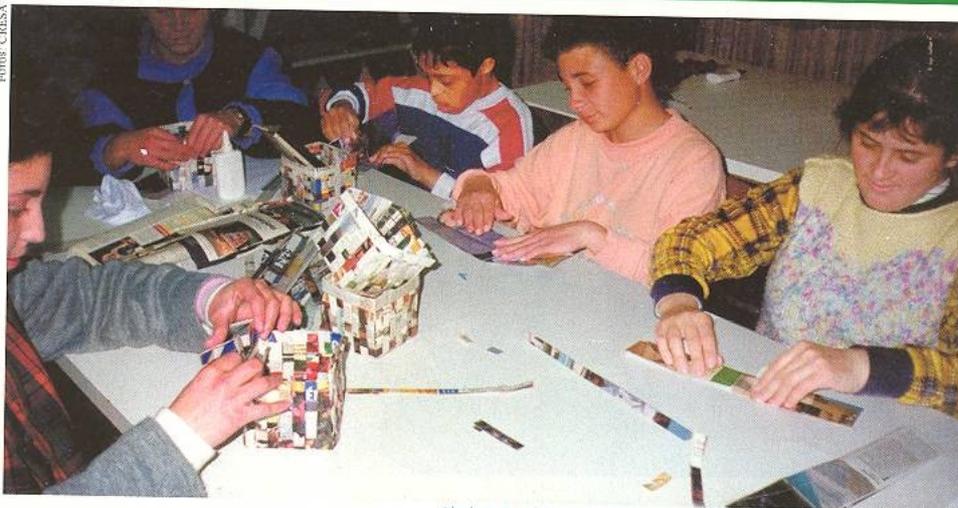
Com a chegada de André Bentin, começou-se a entender que a questão não era somente de treinamento ou de oficina. Quando da sua inserção no mercado de trabalho, a partir de um determinado momento o deficiente auditivo não mais conseguia ir a frente, não compreendia a complexidade de se relacionar dentro do trabalho, nem de efetuar as tarefas para as quais não fora treinado mas que estava bem próxima da execução. "Oficina não é terapia ocupacional", lembra Bentin. "É, isto sim, um espaço onde pode ter até a prática da terapia ocupacional, mas não se pode inverter as questões,

transformando a terapia ocupacional em oficina". Nesse fator limitante, estes pontos foram questionados e, em lugar de extinguir a oficina, procurou-se abranger de forma mais técnica, científica e humana a questão da capacitação do curso. Foi então criado o espaço terapêutico ocupacional, onde pudesse ser criado um pensamento mais crítico e desenvolvidos esses questionamentos.

Hoje, o setor de Terapia Ocupacional está direcionado para desenvolver procedimentos tais como atendimento individual, atendimento grupal, orientação em sala de aula para professores, supervisão de estagiários voluntários vinculados a UTP (que, em fase inicial, convivem e estudam a língua de sinais, para depois se candidatarem ao estágio), orientação familiar, assessoramento ao Setor de Reorganização Global (desenvolvido há quatro anos por uma professora especialista, que depois decidiu estudar Terapia Ocupacional sob forma acadêmica) e participação em cursos e eventos. "Como ciência, o terapeuta ocupacional tem a possibilidade, fora da língua de sinais, de estabelecer esta relação, porque o objeto é ação humana, é o fazer. E no fazer o ser humano se comunica, se exterioriza, repassa

suas angústias, seus sentimentos, coloca em ação as suas capacidades, demonstra suas dificuldades..."

Dentro da ciência da Terapia Ocupacional, este é um campo ainda inexplorado. André Bentin não conseguiu, em todos esses anos, estabelecer contato e discussão com nenhum outro terapeuta ocupacional atuante nesta área e não conhece nenhum trabalho direcionado ao deficiente auditivo dentro da Terapia Ocupacional, em um processo sistemático. "Isto foi criado no dia-a-dia, pelo desconhecimento de qualquer literatura em terapia ocupacional sobre surdez. Tínhamos que nos fundamentar em outras ciências e outras condutas e práticas (Baur por exemplo tem um grande trabalho a nível de surdez). Na maioria das situações tivemos que nos basear em um modelo humanístico". Bentin coloca que o espaço terapêutico ocupacional é um grande "divã do fazer". "Em um analista, o paciente faz o que quer e da maneira como quer e não existe uma intervenção direta do terapeuta nos seus procedimentos, que tenta entender que mecanismos de negação ou de manipulação levam o indivíduo a assim agir. A nossa intenção é também essa: proporcionar este conforto



Abaixo: torcida animada, em jogo de futebol do Brasil



psíquico ao surdo, que se sinta à vontade e produza e transforme as coisas de uma forma espontânea, interagindo no mundo dos surdos e não no meu padrão de ouvinte”.

A busca, no Cresa, é criar uma situação de autonomia, independência e autocrítica. “Procuramos promover a discussão, para que o surdo possa questionar e se defender. Em um congresso ou encontro de portadores de deficiências, todos discutem. O único que não se posiciona é o deficiente auditivo, porque não percebe o que está sendo discutido e desta forma não forma opinião. É assim que o surdo vive, batendo de frente com as pessoas porque tem uma percepção que muitas vezes não é realidade. É em cima desse mundo que a Terapia Ocupacional procura ter um vínculo, uma construção de entendimento, de compreensão, sobre as coisas. E isto ocorre através do fazer”.

Todos os casos são atendidos, congênitos ou adquiridos. Existem vários níveis de surdez, de profunda a leve. Existem surdos que tem bom resíduo auditivo, uma boa discriminação de sons, o que propicia mais possibilidades. A nível de condição o surdo adquirido está mais preparado,

porque já adquiriu a linguagem e a conceituação das coisas. O congênito pode até ler uma palavra, mas não tem o seu conceito.

A aquisição da linguagem é um fator extremamente importante do ser humano. “O deficiente físico encontra dificuldades para desenvolver sua vida cotidiana em função de barreiras arquitetônicas. O cego passa por essa mesma dificuldade. Mas isso não depende dele, mas de um planejamento”, compara Bentin. “O surdo, ao contrá-

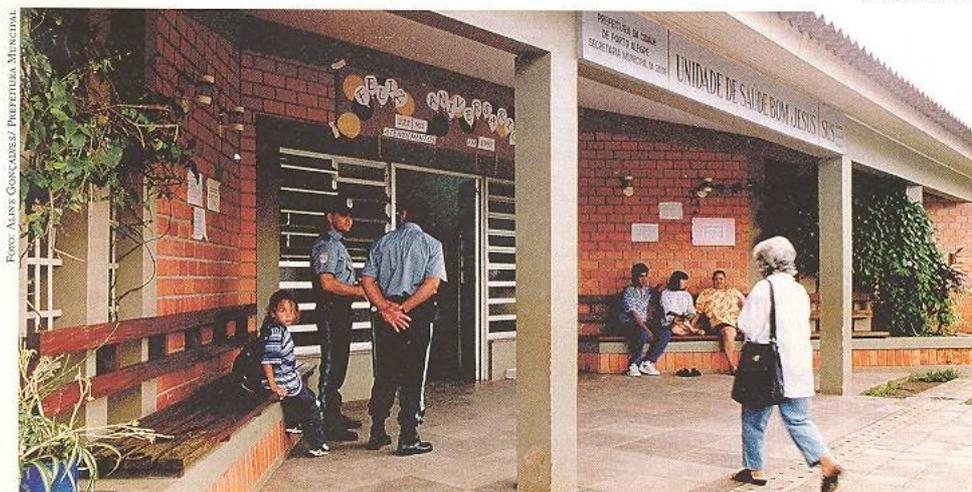
rio, por mais que exista esse planejamento, não consegue desenvolver essa capacidade, porque não consegue entender. É um estrangeiro dentro de uma comunidade de vários estrangeiros, onde não domina a sua própria língua natural e muitas vezes não consegue estabelecer comunicação com outro surdo e muito menos com o ouvinte”. Com uma agravante: os grupos de surdos são distintos: os de uma comunidade, escola, igreja ou rua, ao se confrontarem com outros grupos vão enfrentar barreiras. “A sonoridade é a forma que o ouvinte encontra para se fazer entender de forma mais conclusiva. Na língua de sinais, a expressão facial é a utilizada. Nunca é um sinal seco, mecânico. Ele tem uma melodia, um ritmo, para dar o significado exato. E, para uma utilização mais artística, você utiliza o corpo inteiro (o “meio corpo” é essencial numa interpretação de texto ou de uma mensagem, para acentuar ou minimizar a expressão). Para o ouvinte esta é uma experiência fantástica, ao conseguir desenvolver várias situações que nunca valorizou enquanto corpo, enquanto comunicação ou expressão, o que enriquece o indivíduo e o profissional”.

PORTO ALEGRE

O resgate da cidadania em Saúde Pública

CAPITAL BRASILEIRA COM A MELHOR QUALIDADE DE VIDA, PORTO ALEGRE VEM GANHANDO DESTAQUE NACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE, POR SUA POLÍTICA VOLTADA PARA A BUSCA DE SOLUÇÕES PARA ALGUNS PROBLEMAS HISTÓRICOS NA SAÚDE PÚBLICA E O OFERECIMENTO DE ALTERNATIVAS DE ATENDIMENTO VOLTADAS PARA A VALORIZAÇÃO DO HOMEM

ELISIÁRIO COUTO,
DE PORTO ALEGRE



Secretário de Saúde do município de Gravataí até assumir a secretaria municipal de Porto Alegre há pouco mais de 10 meses, Lúcio Borges Barcelos, um médico com especialização em saúde pública, dá seqüência a um trabalho que vem sendo executado há quase 10 anos por três gestões consecutivas da administração gerenciada pela Administração Popular, a coligação do Partido dos Trabalhadores e seus aliados na capital gaúcha. Porto Alegre é hoje considerada a capital brasileira com a melhor qualidade de vida, com altos índices de cobertura de água (99%), recolhimento do esgoto sanitário (80%) e de tratamento de esgotos (15%). É na saúde, no entanto, que vem ganhando destaque, nacional e internacional, por sua política voltada para a o resgate da cidadania.

A atuação da Secretaria Municipal de Saúde está sendo orientada para a consolidação da municipalização dos serviços de saúde da cidade, particularmente com a qualificação dos serviços da rede repassada ao município em agosto de 1996. Naquela ocasião foram assumidos 51 serviços (Postos de Saúde, Ambulatórios e Serviços Especializados) e aproximadamente 1.600 servidores, que anteriormente estavam sob a gerência do Estado e da União. Com essa transferência, a cidade de Porto Alegre assumiu o mais alto nível de gestão do sistema municipal de saúde previsto até então na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sob sua responsabilidade o gerenciamento total dos serviços públicos de abrangência municipal, bem como o controle, fiscalização, auditoria e pagamento dos prestadores privados de ações de saúde, inclusive no nível hospitalar. Com isso, também assumiu o desafio da solução de problemas históricos na saúde pública brasileira, como o desfinanciamento do setor, o sucateamento dos serviços estaduais e federais (com conseqüências na área

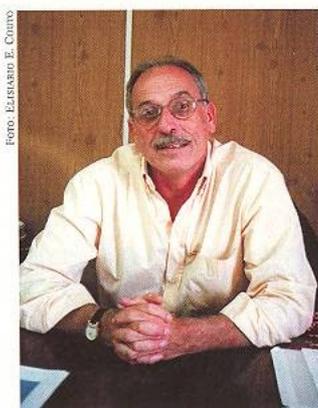


Foto: ELIZABETH E. COFFITO

física, equipamentos, materiais de consumo, medicamentos e força de trabalho), a inexistência de regionalização de serviços no interior do Estado sem a contrapartida de recursos financeiros desses municípios ou mesmo da Secretaria Estadual de Saúde, sobrecarregando os serviços da capital. O COFFITO foi ouvir o secretário em seu gabinete em Porto Alegre, nos primeiros dias de novembro último.

COFFITO – *Porto Alegre é um dos quatro municípios gaúchos que atingiram o grau máximo de gestão no Sistema Público de Saúde. Como ocorreu essa conquista?*

LÚCIO BARCELOS – Porto Alegre está na chamada gestão plena desde o final do ano passado, mas já operava na gestão semi-plena desde agosto de 1996. Sob esta forma, toda a responsabilidade pela gestão e gerenciamento do sistema é do município. Desde a entrada na chamada gestão semi-plena, passamos a receber do Ministério da Saúde os recursos necessários para administrar a saúde do município. E também herdamos uma rede de ambulatórios e de serviços que antes pertenciam ao Estado e a União, o que fez com que a rede básica própria alcançasse perto de 90 unidades (até 1996, tínhamos apenas 12 ou 13 postos de serviços).

Lúcio Borges Barcelos trouxe a experiência de Gravataí para a administração de Porto Alegre

Ainda estamos em um processo de readequação, de reforma e de ampliação dessas unidades. Recebemos várias delas pouco equipadas, com sua estrutura física muito precária, algumas até fechadas. Fizemos um plano de investimento de dois anos – 1998/99 – decidido pelo Orçamento Participativo, que prevê a recuperação, reforma e ampliação de 35 dessas unidades que originalmente eram do Estado, para se adequarem ao padrão de atendimento que oferecemos em Porto Alegre. Estamos melhorando a qualidade da área física, colocando mais equipamentos, contratando pessoal... Além disso, temos uma gama enorme de serviços especializados. Estamos, por exemplo, terminando de montar um laboratório de Saúde Pública, junto ao posto de atendimento da região sul da cidade (chamado de PAM-3, na Vila dos Comerciários). O município está dividido em 11 distritos e, no processo de descentralização de serviços que foi implantado, temos seis gerências de serviços, o que representa que cada duas unidades possui sua própria gerência.

COFFITO – *Um dos pontos mais comentados da municipalização da saúde em Porto Alegre foi a implantação de um sistema de marcação de consultas, que eliminou filas mas que*

ainda não teve a contrapartida no controle da disponibilidade de leitos e na realização de exames, embora previstas no projeto inicial. O que está retardando essa implantação?

LUCIO BARCELOS - No final de 97 instituímos um sistema de regulação de serviço, chamado de Central de Marcação de Consultas Especializadas, que deveria ser combinada com uma central de regulação de leitos e uma central de regulação de exames (que, realmente, ainda não foram implantadas), o que nos criou um problema. Quando foi criado, este serviço passou a ser referência para todos os 400 municípios do estado, que passaram a agendar consultas especializadas em Porto Alegre, pela falta de centrais idênticas em polos regionais do Estado. A propósito, esta regionalização do sistema está prevista com o novo governo, que assume no início do próximo ano, com a criação destas

centrais regionais em todo o Estado e para todos os fins - consultas, leitos, exames, urgência e emergência. O fato concreto é que esta oferta de consultas por parte de Porto Alegre não tem uma amplitude que possa absorver as necessidades do estado inteiro. A demanda é muito maior e isto vem criando problemas para o sistema.

Abstraindo essa questão, a central tem como objetivo regular as consultas especializadas, em um nível de complexidade crescente, da unidade básica para a especialidade e a internação. O paciente vai ao Posto de Atenção Básica, é atendido pelo clínico, que detecta a necessidade de alguma especialidade e o referencia para a unidade específica da especialidade e, nesse nível de maior complexidade, em princípio se resolve o problema. É então contra-referenciado para a unidade básica. O sistema ainda não está funcionando automaticamente, ainda temos problemas, até porque é uma experiência inédita no

país. Em 1997 foram marcadas 324 mil consultas sob esta forma. Já estamos caminhando para montar uma central de internação de leitos, que já tem um embrião com a central de regulação de leitos de UTI neonatal, de pediatria e de obstetrícia. Através de uma mesa reguladora, os hospitais se intercomunicarão e, depois, serão a sua disponibilidade diária. Esta proposta está ganhando consistência e deverá ser ampliada de imediato para emergências e, depois, para outras especialidades.

Após a municipalização da saúde em Porto Alegre, houve um incremento do número de internações hospitalares pelo SUS. O município, embora concentre apenas 13% da população do Estado, recebe 42,3% das verbas relativas a hospitais e ambulatórios, repassadas pelo governo federal, ficando com a responsabilidade de atender pacientes de cidades do interior. Com os 42,3% recebidos, atende 44,58% das internações

FISIOTERAPIA

Hora marcada

O atendimento de Fisioterapia está localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, no bairro Cruzeiro do Sul, no lado sul da cidade. Era um prédio que pertencia ao governo federal, do ex-Inamps, onde também foi montado um serviço de ambulatório básico, uma estrutura de prevenção da AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis, além de um pronto atendimento com funcionamento 24 horas. O serviço próprio de Fisioterapia ali instalado está sendo ampliado e a Secretaria Municipal de Saúde está estudando o oferecimento de um serviço de transporte social para os pacientes que necessitam se deslocar de outros pontos da cidade. É nesse local que também funciona, há pouco menos de um ano, a Central de Marcação de Fisioterapia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Criada em janeiro deste ano, para facilitar o acesso dos usuários a esse tipo de tratamento, a Central vem encaminhando usuários às 11 clínicas conveniadas que oferecem este tipo de serviço ou ao próprio serviço

de Fisioterapia instalado no local, com um controle de referência e contra-referência. Anteriormente, as pessoas ficavam vinculadas ao posto onde eram atendidas.

Agora, o tratamento é indicado para uma clínica próxima da residência do paciente. O sistema também atende a pacientes de toda a região metropolitana, já que a absoluta maioria das cidades da Grande Porto Alegre não oferece assistência fisioterapêutica pelo SUS.

"Os fisioterapeutas estão sempre prontos para o atendimento. Eu não esperava uma atenção tão bom do SUS", diz Enor Pacheco, 34 anos, uma paciente que trata de uma fratura na perna. "É só chegar no horário. Não precisa ficar esperando ou dar lugar para o paciente que pagou o serviço particular...", avalia. Há três meses outra paciente, Hugo Dias Felipe, 40 anos, recebe assistência na Central para recuperar a tonicidade muscular perdida depois de uma cirurgia. "Não teve burocracia e consegui o tratamento sem precisar pagar taxas. Onde eu pagava não era tão eficiente como aqui". ■

FOTO: ALINE GONÇALVES / PREFEITURA MUNICIPAL



hospitalares e 42,45% dos atendimentos ambulatoriais de todo o Estado. Em janeiro de 1998, mais da metade das internações feitas em Porto Alegre (52,7%) foram de pacientes provenientes do interior. O município cobre essa defasagem com recursos de seu próprio orçamento.

COFFITO - *Que outras linhas de atendimento são hoje oferecidas pela Prefeitura de Porto Alegre?*

LÚCIO BARCELOS - São várias. Um é o sistema de urgência e emergência, denominado SAMU - Serviço de Atenção e Atendimento Médico de Urgência, implantado em 1996. Hoje temos 13 veículos, alguns verticalizados (são UTIs móveis), baseados em cinco pronto-socorros, para abreviar o tempo de deslocamento. No Estado do Rio Grande do Sul este é o único serviço organizado com esta finalidade. O modelo foi trazido da França, mais precisamente da cidade de Lille.

Temos ainda alguns programas específicos, mas que não fogem do tradicional, como uma política para a saúde da mulher e da criança (Pra-Nenê e Pra-Crescer) e outra para o do

FOTO: IRIDIM LENZ / PREFEITURA MUNICIPAL



adulto, com ênfase no diabetes, hipertensão e demais doenças que epidemiologicamente se sabe ocorrem com maior incidência. Os programas Pré-Nenê e Pré-Crescer fazem uma busca ativa, desde o nascimento da criança. Se a criança tem baixo peso, uma equipe localiza a residência e inicia o acompanhamento da criança em risco de desnutrição. A gestante com problema de risco nutricional ou de hipertensão também é acompanhada, para que não haja nenhum problema. Com isso, hoje a mortalidade infantil do município é de 15,5 por

O Samu - Serviço de Atenção e Atendimento Médico de Urgência (ao lado) está sendo ampliado, assim como os voltados para a mulher e a criança ao lado (abaixo).

mil, o que para o Brasil é uma média excelente, embora tenhamos casos de municípios do interior do Estado, que tem investido razoavelmente bem em saúde, onde este índice é ainda menor. Erechim, por exemplo, está com pouco menos de 9 por mil, quase o padrão europeu, que oscila entre 5 e 7 por mil. O Programa de Saúde da Família - outro que possuímos - também faz esta busca, através de 29 equipes que acompanham as crianças ou mães em risco de desnutrição.

Outros programas são inovadores, como o prevenção e controle da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis. Reputo este como um dos melhores programas em termos de qualidade e de atenção ao portador do vírus HIV no país inteiro, desde a internação domiciliar e aconselhamento até a estrutura de nossos laboratórios, bem equipados, que passaram a fazer análises de carga viral, o que antes só se fazia no Hospital de Clínicas. Estes laboratórios estão fazendo pesquisas a nível molecular, saindo do âmbito da pesquisa apenas celular.

Na saúde mental estamos revendo algumas questões. Porto Alegre está

entre os municípios que começaram as ações na luta antimanicomial, com a criação de outras formas de atenção ao paciente portador de doença mental. Estamos rearticulando a pesquisa para regionalizar e criar serviços mais próximos das pessoas, com atendimento 24 horas. As principais ações que vem sendo desenvolvidas incluem a reorganiza-

ção dos serviços, com a definição de uma rede de atenção em saúde mental, a integração de um grupo de trabalho voltado para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, a consolidação da oficina de geração de renda para pessoas portadoras de sofrimento psíquico e adequações na Pensão Pública Protegida Nova Vida.

TERAPIA OCUPACIONAL

Espaço em Porto Alegre

Os terapeutas ocupacionais também estão atuantes na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Rita Buttes, professora de Terapia Ocupacional Aplicada a Problemas Sociais no curso de Terapia Ocupacional do Instituto Porto Alegre (IPA), é uma das 20 profissionais que, desde 1991/92, época do primeiro concurso, integra a equipe municipal. Ela atua no Projeto Projovem, originário da Santa Casa de Misericórdia e municipalizado há dois anos, que faz atendimento de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, voltado para a questão da saúde da mulher, gestações na adolescência, abuso e violência infantil. Outros profissionais de Terapia Ocupacional trabalham na Pensão Pública Protegida Nova Vida, que abriga portadores de sofrimento psíquico em caráter aberto. Os terapeutas ocupacionais também estão no Cais Mental 8, um centro de

Foto: Euzenário E. Coiro



Rita Buttes

atendimento integral a saúde mental da chamada Região 8 da cidade, que realiza atendimento ambulatorial a pacientes portadores de sofrimento psíquico. Atualmente estão sendo constituídas outras equipes regionalizadas de saúde mental, trabalhando desde crianças e adolescentes até idosos. Outro envolvimento do terapeuta ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde é com crianças vítimas de violência, na Casa de Apoio Viva Maria, um serviço que é referenciado no Brasil e no exterior para mulheres vítimas de violência doméstica e seus filhos. Ali atuam duas terapeutas ocupacionais, uma com as crianças e outra com a inserção das mulheres no mercado de mercado. Até recentemente, terapeutas ocupacionais também atuavam e coordenavam o programa Adote - Assistência Domiciliar Terapêutica, para pacientes de AIDS, um programa considerado modelo no Brasil pelo Ministério da Saúde, montado através de convênio com o Banco Mundial para atendimento de doentes de AIDS em seus domicílios, à semelhança dos programas que tem sido desenvolvidos para outras doenças crônicas degenerativas. ■

As atividades de vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde estão unificadas no Centro de Vigilância em Saúde (CVS) através de sete equipes, responsáveis por um conjunto de ações específicas que foram integralmente assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde a partir de agosto de 1996, com o processo de municipalização da saúde. Foram intensificadas as ações de vigilância de alimentos, com uma significativa redução de surtos por infecção alimentar notificados na cidade. Em 1994, apenas nos meses de novembro e dezembro, foram registrados 27 surtos. Após a municipalização do serviço foram apenas 48 surtos em 1997. Uma equipe, de Controle de Produtos de Interesse à Saúde, tem por objetivo assegurar a qualidade dos laboratoriais e farmácias e fiscalizar os produtos de interesse da saúde, visando a proteção e a manutenção da saúde da população.

COFFITO - *Como estão sendo organizadas e planejadas as ações, já que a clientela atendida pela Secretaria Municipal de Porto Alegre não se restringe apenas ao município, mas uma população bem maior, que gravita nas cidades satélites da capital?*

LÚCIO BARCELOS - Se nós tivéssemos uma clientela apenas fixada em Porto Alegre, seria bem mais fácil. No entanto, além da população de Porto Alegre (1,2 milhão) que procura o sistema, temos mais 1,5 milhão da Grande Porto Alegre, que recebe um nível de assistência muito precário. Temos municípios, como Viamão, onde não existe nenhum serviço oferecido pelo serviço público de saúde. Nos demais, é oferecido apenas o serviço básico. Toda essa população que necessita de atenção pública vem para Porto Alegre. Qualquer especialidade - 99% delas - é feita na capital. Isto dificulta o planejamento. A capacidade instalada estava prevista para uma



A central de Marcação de Consultas Especializadas efetuou 324 mil marcações no ano de 1997 e deve ser ampliada para atender também marcações de internações e exames

população um pouco maior do que Porto Alegre, é verdade, mas não tão maior e com tanta intensidade como está acontecendo. Neste ano de 98 fizemos uma articulação com todos os municípios da Grande Porto Alegre e estamos montando, por enquanto ainda sob o ponto de vista legal, uma proposta de consórcio intermunicipal, para o oferecimento de algumas especialidades e até mesmo serviços de urgência e emergência. Falar em superlotação de hospitais em Porto Alegre já é rotina. Hoje temos a superlotação da superlotação. Se aumentar mais um pouco, entraremos no limite em que pode se criar risco de infecção e não podemos correr esse risco.

Um problema sério que enfrentamos é o do financiamento, que não é uma peculiaridade nossa, mas de todo o país. Além da redução de investimentos pela área federal, o governo do Estado vem sempre aplicando muito pouco em saúde, sobrecarregando os municípios, que passam a ter todo o ônus. Enquanto os municípios gaúchos aplicam entre 12 e 15% de sua receita tributária líquida em saúde, o Estado aplica apenas 6% (se considerarmos o orçamento geral, não mais que 2,5%). O município de Porto Alegre está aplicando 14,5% em saúde.

14 **O COFFITO**

COFFITO - Qual é o papel do Conselho Municipal de Saúde?

LÚCIO BARCELOS - Em Porto Alegre, o Conselho Municipal de Saúde tem autonomia total na formulação das políticas e na fiscalização de nossa ação na construção do Sistema Único de Saúde. Ele está desdobrado em seis conselhos locais de saúde, dentro da filosofia de que a participação no planejamento do serviço é uma forma de envolver o cidadão, não só para apontar os problemas mas para propor soluções. Todos os conselhos locais contam com representação no conselho municipal. Por lei, estes conselhos tem que ser formados por 50% de usuários do sistema e os restantes 50%, por prestadores de serviço, profissionais da área de saúde e o próprio governo. Isso democratiza o sistema e coloca o sistema na mão da população para opinar, divergir, alterar, se manifestar, trazendo mudanças de rota no sistema, definindo prioridades...

Também estamos preocupados em manter os profissionais atualizados dentro de sua formação acadêmica. Estamos projetando, ainda para o final deste ano, um curso de formação de gerentes e estamos em negociações

com a FioCruz para um curso de longa duração, no próximo ano. Junto a Universidade Federal estamos pleiteando a execução de cursos de formação de auxiliar de enfermagem, pois temos um volume muito grande de pessoas que vieram do Governo do Estado, que executam este serviço mas não tem a qualificação. Incluídos nessa proposta, foram desenvolvidos estudos de diagnóstico da força de trabalho existente na rede de serviços próprios da Secretaria, com cursos internos e em parceria com outras entidades. Essas ações contribuíram para acelerar a integração dos serviços que foram municipalizados com os da própria Secretaria.

O COFFITO - Com essa crise de financiamento, a multiplicidade de planos de saúde privados que são oferecidos e que deverão crescer com a regulamentação agora definida pelo governo federal, não irá ocupar o espaço que constitucionalmente pertence ao poder público?

LÚCIO BARCELOS - Com esses riscos de corte decorrentes da crise econômica já estabelecida, a questão dos planos privados de saúde ganha ainda maior importância. Entendo que a regulamentação em si, abstrain-

do todo o conteúdo, tem um lado positivo, pois até então imperava a lei das selvas. Se entrarmos na questão específica de como foi efetuada essa regulamentação, o que se verifica é que a segmentação de planos está direcionada para uma população de baixa renda. Antevendo que o governo federal e grande parte dos governos estaduais não tem aportado recursos para a saúde, isto criou um mercado na área da saúde que hoje atinge pelo menos 40 milhões de pessoas. Se a idéia é baratear os planos oferecidos para atingir uma população de classe média baixa e a população mais pobre, isto é perverso: reduz-se cada vez os investimentos na área pública de saúde, a população perambula e sofre muito, encontra todo tipo de dificuldades e então oferece-se a ela um "planinho" de saúde que oferece as itens básicos. Monta-se a área privada para poder desativar ou reduzir ao máximo o papel do Estado nessa história. O nosso movimento é justamente o oposto: fazer com que o público seja cada vez mais amplo.

A redução do orçamento para 1999 é um crime. A perspectiva inicial era de um corte de 2 bilhões (agora aparentemente reduzido para pouco mais de um bilhão) o que inviabiliza de fato e não retoricamente o Sistema Único de Saúde. Tivemos recentemente uma reunião no Conselho Nacional de Saúde e foi dito pelos próprios representantes do Ministério de forma muito clara que possivelmente não teriam recursos para repassar aos estados e municípios, para pagar os prestadores. A prefeitura de Porto Alegre recebe do Ministério da Saúde em torno de 21 milhões por mês. Usamos em torno de 20 milhões para pagar os hospitais e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Isto significa que praticamente todo o recurso é repassado para o complexo hospitalar: PUC, Conceição, Santa Casa, Clínica... embora tenhamos sempre reter uma parte, para qualifi-

car nossa rede e comprar medicamentos. No entanto, gostaríamos que sobrasse mais, para desta forma investir na rede própria.

Não existe município que consiga, por si só, arcar com todas as despesas que historicamente são repartidas entre União, estados e municípios. Para nos defender estamos realizando uma audiência com todos os conselhos de saúde, municipais e estaduais, para tentar viabilizar o projeto que está há muitos anos na Câmara, do deputado Eduardo Jorge (o Projeto de Emenda Constitucional nº 69), que faz a vinculação constitucional de recursos para a Saúde. Essa PEC já sofreu inúmeras alterações, emendas e outras propostas, mas não me preocupa muito essas mudanças. O importante é que esses recursos fiquem vinculado na Constituição. Isto nos daria uma garantia de estabilidade e regularidade.

Com a contenção dos gastos em saúde, o governo federal não vem elevando o valor das tabelas de remuneração dos serviços do SUS, levando hospitais e outros prestadores privados/contratados a se descredenciarem do sistema. Somente em Porto Alegre, nos últimos três anos (95/98) houve uma redução de 2.330 leitos do SUS, correspondente a 29,89% do total anteriormente disponível. No estado, o fechamento médio de leitos do SUS situou-se na faixa de 32%. O governo estadual segue a mesma orientação privatizante do governo federal, repassando recursos orçamentários para instituições privadas. Entre 95 e 97, estas entidades foram brindadas com R\$ 22 milhões, ao passo que o total de investimentos realizados na rede pública neste período totalizou R\$ 20,6 milhões. Enquanto o Hospital Getúlio Vargas, administrado pelo Estado e União, está completamente sucateado, a Santa Casa, nesse período, recebeu R\$ 4,9 milhões e, ao invés de aumentar a oferta de leitos para o SUS, criou serviços para o

atendimento de particulares e planos de saúde privados.

O COFFITO - *O exemplo de Porto Alegre deverá ser repetido pelo governo do Estado que assume agora, já que existe uma convergência de pensamentos entre os dois poderes?*

LÚCIO BARCELOS - Fui um dos formuladores do programa de governo de Olívio Dutra, na área de Saúde. Partimos de uma constatação básica: não existe um sistema de saúde organizado no Estado. Ele foi sendo construído historicamente ao acaso, pela demanda ou pela necessidade mas sem qualquer planejamento. A idéia básica do programa para o Estado é de criar o sistema de saúde a partir da superação de uma ausência de referências e contra-referências e, paralelamente, do levantamento epidemiológico por região. Segundo uma avaliação da Acedisa - Associação de Dirigentes e Secretários Municipais de Saúde dos municípios do Estado, as 19 delegacias regionais, englobando cada uma delas 15 ou mais municípios, estão precariamente constituídas. Falta equipamento, falta profissional... Precisamos dar condições para que possam de fato trabalhar em sua região e montar um sistema integrado, mas não simplesmente repetindo o que faz Porto Alegre. É verdade que temos que dar um destaque especial para a Grande Porto Alegre, a região mais empobrecida e com a população mais desassistida, para oferecer um grau de assistência maior e uma maior capacidade de atenção às pessoas. Desejamos negociar com o Ministério da Saúde a estadualização do Hospital Presidente Vargas, que já foi um hospital de referência para alto risco em gravidez e devolver a ele esta condição. O Ministério já deu aos municípios um instrumento, o PPI (Programação Pactuada Integrada), para efetuarem o diagnóstico de sua situação, regionalmente terem suas avaliações e negociarem com os vizinhos próximos, de baixo para cima. ■



Terra do Menino Maluquinho, ou de seu *alter ego*, o cartunista Ziraldo Alves Pinto, Caratinga não tem apenas este filho ilustre (e este personagem dos cartuns e, mais recentemente, também do cinema) entre seus destaques. A bela cidade mineira ostenta um coreto – que cidade tradicional não teria um? – em sua praça central, cercada por palmeiras (a cidade é, muito apropriadamente chamada de “Cidade das Palmeiras”). O único senão é que esta obra arquitetônica projetada por Oscar Niemeyer é objeto de veneração ou de ódio por parte dos moradores da cidade, mas nunca de indiferença. O consenso fica por conta de uma instituição de ensino, por enquanto bem próxima desse coreto motivo de discórdia, mas que deverá se transferir parcial-

mente para um local bem mais amplo já no início do ano: a Faculdade de Fisioterapia mantida pela Fundação Educacional de Caratinga (Funec). Com pouco mais de dois anos de vida – o quinto semestre está em andamento – é um dos cursos com maior carga horária em todo o país (6.020 horas), um corpo docente com 15 dos 25

professores com mestrado ou em fase de conclusão e um programa de internato rural, provavelmente um dos poucos – senão o único – em todo o Brasil.

Distrito criado em 1873, transformado em município em 1890 e elevado de vila para cidade em 1892, Caratinga fica localizada a leste do rio Doce (quem nunca ouviu falar do Vale do Rio Doce e da exploração de minério de ferro na região?), cortada pelo rio que dá nome a cidade (também o nome de um peixe) e pela movimentada BR-116 que liga o sul ao nordeste brasileiro. Distante 310 km de Belo Horizonte (ou pouco menos de 200 km, em linha reta), Caratinga possui um santuário ecológico, onde é preservado o mico-carvoeiro e mantém todas as boas tradições das tradições





CARATINGA

Excelência de ensino nas serras de Minas

ELISÁRIO COUTO,
DE CARATINGA

nais culinária e hospitalidade mineiras. A ela se junta a Fundação Educacional de Caratinga, que mantém vários cursos na área de Humanas, entre eles Letras, Pedagogia, Matemática, Geografia, História e Administração, além de diversos cursos de pós-graduação e um colégio de aplicação, o Jairo Grossi, em convênio com a rede Pitágoras, de Belo Horizonte, que usando os mesmos métodos, vem tendo alunos aprovados em vários vestibulares bastante concorridos. Há pouco mais de dois anos a Funec iniciou seu direcionamento para a área de Saúde, abrindo o curso de Fisioterapia e, neste ano, o curso de Educação Física. O próximo deverá ser o curso de Medicina, para o qual já existe carta-consulta. "E vamos continuar na área de saúde, tentando futuramente nos transformar em

universidade", revela o prof. Antonio Fonseca, diretor executivo da Fundação. "Hoje, os cursos mais próximos de Fisioterapia estão localizados em Belo Horizonte e Juiz de Fora, mas a qualidade do ensino oferecida está fazendo com que tenhamos alunos dessas e de outras regiões mineiras e também do Rio de Janeiro, Bahia, Espírito Santo, e até de Rondônia", garante o professor. Da própria cidade, o contingente não ultrapassa a 3%.

Hoje todos os cursos funcionam em um mesmo conjunto de edifícios, do primário ao universitário, mas a partir de fevereiro do próximo ano, os de Fisioterapia e Educação Física mudam-se para um novo local, projetado exclusivamente para a área de Biomédicas. A estrutura já existe há algum tempo, mas a aquisição da instalação até então utilizada no

centro da cidade sob forma de aluguel, após uma longa negociação com uma irmandade local detentora da área, fez com que o projeto de mudança fosse adiado. Nesse período o prédio esteve cedido para a Secretaria estadual de Segurança Pública e o primeiro passo está sendo o da reforma do local, deteriorado pelo uso. O projeto arquitetônico já estava orientado para o uso educacional e as salas prevêm uso de recursos audio-visuais e de informática, além de laboratórios amplos. O prof. Celso Simões Caldeira, diretor pedagógico da Fundação revela que serão montadas três clínicas de Fisioterapia no mesmo platô em que se localiza o edifício central, dedicados as áreas de Fisioterapia Neurológica, Ortopédica e Pulmonar, com previsão de conclusão seis meses após a entrega do edifício

principal. A clínica já montada na área central da cidade, com 186 metros quadrados, será preservada. No novo local também serão construídas as estruturas de apoio para o curso de Educação Física.

O prof. Geraldo Rosa do Nascimento, coordenador do curso de Fisioterapia complementa: vai ser também implantado um serviço de Fisioterapia em um espaço já cedido pelo Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, na própria cidade, e serão montados serviços idênticos dentro na Apae e do asilo Monsenhor Rocha, no primeiro com serviços de neuropediatria e no segundo, com geriatria. Nas clínicas da própria Faculdade será feita a preparação dos alunos, em uma fase primária. Na fase secundária, atuarão nesses locais adicionais. O ponto que no entanto chama mais a atenção é o programa de estágios em Internato Rural, nas cidades circunvizinhas, em um raio de até 100 km, que estão sendo selecionadas entre as que tem maior necessidade de atenção na área de saúde e, especificamente, em Fisioterapia. "Este programa deverá ter início



Geraldo Rosa do Nascimento coordena o curso de Fisioterapia.

dentro de dois anos, quando a primeira turma estiver se profissionalizando", esclarece o prof. Geraldo. Essas clínicas do internato rural deverão ser montadas pelas próprias prefeituras locais, com os equipamentos necessários para atendimento dos diversos grupos de patologias funcionais para que o profissional tenha condições de realizar o seu trabalho. "As manifestações de interesse por este novo serviço

vieram do dobro de cidades que teremos condições de atender, o que nos obrigará a uma pré-seleção. Hoje, a Faculdade de Fisioterapia está oferecendo assistência inclusive aos não conveniados do SUS, pois há uma enorme necessidade por parte de pessoas carentes e nossa meta é atender 150 pacientes diários no mínimo". Os professores tem feito um trabalho junto as comunidades para dimensionarem corretamente a realidade da região. "Periodicamente grupos de 50 alunos são levados para comunidades distantes, pela área de Sociologia, para que sejam mostradas as condições de saúde das pessoas, com ênfase na higiene e na parte sanitária e na falta de assistência a saúde, para que tenham uma visão humanística da profissão".

A Faculdade de Fisioterapia está localizada em uma região totalmente carente de fisioterapeutas. O próprio prof. Geraldo foi o segundo fisioterapeuta de Caratinga, quando ali chegou em 1993. Hoje ainda são apenas quatro na cidade, com clínicas ou trabalhando em outras instituições. Todos estão inseridos no processo de

Foto: EUSÁRIO COELHO



trabalho da Faculdade. "O estágio será efetuado em seu devido momento, com todas as disciplinas concluídas. Só não iniciamos porque ainda não temos alunos qualificados, estamos apenas no quinto período. Hoje o aluno de terceiro período está fazendo estágio de observação, para que no oitavo e nono períodos, quando fará o estágio, tenha a visão da atividade sócio-profissional a ser desenvolvida".

No último vestibular, em dezembro, a relação de vaga/candidato foi de 8,3 e a média tem se mantido nessa faixa, segundo o prof. Geraldo. O curso é integral, com início às 7 e meia da manhã e prosseguindo até às 5,10 da tarde, de segunda a sexta-feira. "Não temos aula à noite, exceto os laboratórios que continuam funcionando para os alunos que desejarem estender o período de estudo". O total atual de alunos é de 250, com média de 50 em cada turma. O prof. Geraldo ressalva que, no entanto, não são realizadas aulas práticas com mais de 25 alunos (as turmas são divididas para esse fim). "Quando se fala em laboratório, o máximo aceitável é 25, com o profes-

sor e pelo menos mais dois monitores acompanhando, não importando do que seja - anatomia, histologia, fisiologia... Com isto o aproveitamento é maior". A carga horária, de 6.020 horas, está dividida em 10 períodos (a menor, de 440 horas está localizada no segundo semestre e as maiores, de até 820 horas, centram-se nos três últimos semestres). O internato rural é realizado no 10º período, com carga horária de 340 horas. Os estágios totalizam 1.320 horas.

Quando da elaboração do currículo do curso, vários modelos foram analisados, sem que se chegasse a um consenso. Nenhum deles preenchia as necessidades que deveriam nortear o curso. O currículo final foi elaborado com base nos adotados pelos cursos de Fisioterapia do Instituto Porto Alegre (IPA) no Rio Grande do Sul e da Faculdade de Ciências Médicas do Belo Horizonte, complementado por adições oriundas de outras instituições de ensino do país. Um trabalho em grupo está sendo iniciado para melhorar ainda mais essa grade. "Queremos formar um profissional que saia da Faculdade com capa-

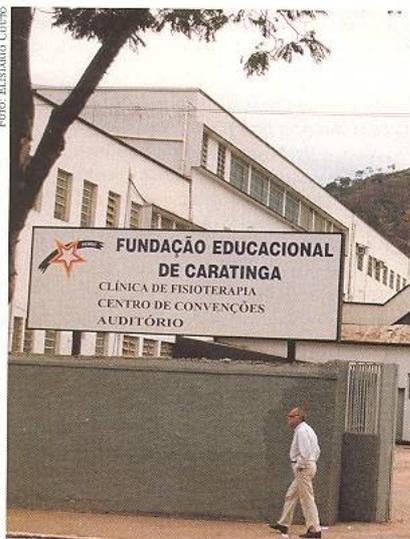
citação para exercer qualquer atividade da Fisioterapia, realmente pronto para assumir qualquer trabalho, sem necessidade de estágio extra", garante o coordenador. "É um compromisso da Fundação".

Os trabalhos de iniciação a pesquisa e de monografias são custeados integralmente pela Fundação. Paralelamente, estão sendo ministradas aulas de capacitação para professores de anatomia, por um professor dessa área com mestrado. "Estamos criando o Centro de Extensão e Pesquisa - relata o prof. Geraldo - que já está começando a elaborar os projetos para dar início efetivo a pesquisa com os alunos em fevereiro de 1999. Antes de formar a primeira turma, pretendemos ter o curso de pós-graduação e de mestrado. Hoje, a fundação subsidia integralmente o pagamento dos cursos de mestrado para oito professores do curso de Fisioterapia". A meta é ter todo o corpo docente no mínimo com mestrado. "Esta meta de aprimorar a capacitação de todos os professores é uma filosofia da Fundação, da qual ela não abre mão", garante o coordenador do curso. Além dos oito professores em curso de Mestrado, o corpo docente é formado por sete outros professores que já concluíram mestrado, de um total de 25. Não há, ainda, nenhum professor com doutorado, embora vários deles estejam em fase de elaboração de teses.

Vários professores tem sido contratados com exclusividade, em regime de 40 horas semanais. Outra medida recente é o estímulo ao estudo de línguas, para facilitar as pós-graduações e as defesas de teses em espanhol e inglês. As aulas de espanhol, subsidiadas pela Faculdade, já tiveram início e, logo em seguida, terão início as de inglês. O aluno paga uma taxa simbólica de 10 reais mensais e as aulas são ministradas em horários que não interferem com as do curso.

Um conjunto projetado para fins educacionais (à esquerda) vai substituir as atuais instalações no centro da cidade (à direita). A antiga clínica vai coexistir com as novas, para ampliar o atendimento à população

FOTO: ELSABETH CURTO



Quem avalia os cursos de Fisioterapia?

Em um momento em que novos cursos de Fisioterapia são abertos em toda as partes do Brasil e a validade desta expansão é questionada por boa parte dos envolvidos com as questões de Saúde no país, a pergunta que paira é quem é o responsável, dentro do Ministério de Educação e do Desporto, pela avaliação dos projetos desses novos cursos e quem efetua o processo de seu reconhecimento?

A resposta é: a Comissão de Especialistas de Ensino Superior em Fisioterapia (CEEFisio) que, a exemplo de comissões de igual teor nas demais áreas de conhecimento, é um órgão de assessoria da Sesu – Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e do Desporto que tem entre suas atribuições a avaliação de projetos de abertura dos cursos de Fisioterapia em faculdades isoladas e faculdades integradas (mas não nas Universidades, que gozam de autonomia, sem interferência de nenhuma outra área educacional) e o processo de reconhecimento desses cursos, com a responsabilidade de atualizar o padrão mínimo de qualidade e os indicadores da área de conhecimento. Recentemente

mais uma atribuição foi acrescida: a de efetuar a reavaliação dos cursos já credenciados com mais de cinco anos de existência, para renovação desse credenciamento. A fisioterapeuta e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Santa Maria, dra. Nara Maria Severo Ferraz, é quem coordena a comissão, também formada pela profª Armêle de Fátima Dornelas de Andrade, da Universidade Federal de Pernambuco e pela profª Lúcia Wachowicz, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. “Somos uma comissão de especialistas de

ensino mas não somos uma comissão do MEC”, ressalva dra. Nara. “Representamos a área de Fisioterapia junto ao MEC e o interesse da comissão é com a qualidade do profissional fisioterapeuta que está sendo formado. O que desejamos é que os cursos estejam comprometidos com as reais necessidades da população e não a serviço dos interesses do Ministério”.

A comissão de Especialistas em Fisioterapia foi renovada em abril deste ano (o mandato é de dois anos) e se reúne ordinariamente, de dois em dois meses, assessorando a Sesu, sempre que solicitada. As reuniões, no entanto, não tem sido freqüentes, pois depen-

dem de agendamento efetuado pelo MEC, tanto para avaliação de processos como na questão do exercício curricular. No caso específico da comissão de Fisioterapia (até dezembro do ano passado havia uma comissão única para as áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, agora desmembrada), a posição de suas integrantes é a de que haja uma discussão bastante ampla, tanto pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de Fisioterapia como pelas entidades de

As atribuições da Comissão de Especialistas estão estabelecidas pela portaria 972/98 do Ministério da Educação e Desporto: atualizar periodicamente os critérios de qualidade; analisar e verificar in loco o mérito das propostas de autorização de novos cursos e credenciamento de faculdades integradas, faculdades, institutos superiores ou escolas superiores nos termos das Portarias 640 e 641 de 1997; atualizar periodicamente os critérios de qualidade e os indicadores de oferta e demanda para os cursos da área de atuação; propor diretrizes e organizações curriculares de respectivas áreas; verificar in loco as condições de funcionamento das instituições e dos cursos de nível superior, inclusive para fins do seu reconhecimento, sempre que solicitadas pela Secretaria de Educação Superior do MEC e opinar, mediante solicitação da Sesu, em assuntos de sua especialidade.

trabalho da Faculdade. "O estágio será efetuado em seu devido momento, com todas as disciplinas concluídas. Só não iniciamos porque ainda não temos alunos qualificados, estamos apenas no quinto período. Hoje o aluno de terceiro período está fazendo estágio de observação, para que no oitavo e nono períodos, quando fará o estágio, tenha a visão da atividade sócio-profissional a ser desenvolvida".

No último vestibular, em dezembro, a relação de vaga/candidato foi de 8,3 e a média tem se mantido nessa faixa, segundo o prof. Geraldo. O curso é integral, com início as 7 e meia da manhã e prosseguindo até às 5,10 da tarde, de segunda a sexta-feira. "Não temos aula a noite, exceto os laboratórios que continuam funcionando para os alunos que desejarem estender o período de estudo". O total atual de alunos é de 250, com média de 50 em cada turma. O prof. Geraldo ressalva que, no entanto, não são realizadas aulas práticas com mais de 25 alunos (as turmas são divididas para esse fim). "Quando se fala em laboratório, o máximo aceitável é 25, com o profes-

sor e pelo menos mais dois monitores acompanhando, não importando do que seja - anatomia, histologia, fisiologia... Com isto o aproveitamento é maior". A carga horária, de 6.020 horas, está dividida em 10 períodos (a menor, de 440 horas está localizada no segundo semestre e as maiores, de até 820 horas, centram-se nos três últimos semestres). O internato rural é realizado no 10º período, com carga horária de 340 horas. Os estágios totalizam 1.320 horas.

Quando da elaboração do currículo do curso, vários modelos foram analisados, sem que se chegasse a um consenso. Nenhum deles preenchia as necessidades que deveriam nortear o curso. O currículo final foi elaborado com base nos adotados pelos cursos de Fisioterapia do Instituto Porto Alegre (IPA) no Rio Grande do Sul e da Faculdade de Ciências Médicas do Belo Horizonte, complementado por adições oriundas de outras instituições de ensino do país. Um trabalho em grupo está sendo iniciado para melhorar ainda mais essa grade. "Queremos formar um profissional que saia da Faculdade com capa-

citação para exercer qualquer atividade da Fisioterapia, realmente pronto para assumir qualquer trabalho, sem necessidade de estágio extra", garante o coordenador. "É um compromisso da Fundação".

Os trabalhos de iniciação a pesquisa e de monografias são custeados integralmente pela Fundação. Paralelamente, estão sendo ministradas aulas de capacitação para professores de anatomia, por um professor dessa área com mestrado. "Estamos criando o Centro de Extensão e Pesquisa - relata o prof. Geraldo - que já está começando a elaborar os projetos para dar início efetivo a pesquisa com os alunos em fevereiro de 1999. Antes de formar a primeira turma, pretendemos ter o curso de pós-graduação e de mestrado. Hoje, a fundação subsidia integralmente o pagamento dos cursos de mestrado para oito professores do curso de Fisioterapia". A meta é ter todo o corpo docente no mínimo com mestrado. "Esta meta de aprimorar a capacitação de todos os professores é uma filosofia da Fundação, da qual ela não abre mão", garante o coordenador do curso. Além dos oito professores em curso de Mestrado, o corpo docente é formado por sete outros professores que já concluíram mestrado, de um total de 25. Não há, ainda, nenhum professor com doutorado, embora vários deles estejam em fase de elaboração de teses.

Vários professores tem sido contratados com exclusividade, em regime de 40 horas semanais. Outra medida recente é o estímulo ao estudo de línguas, para facilitar as pós-graduações e as defesas de teses em espanhol e inglês. As aulas de espanhol, subsidiadas pela Faculdade, já tiveram início e, logo em seguida, terão início as de inglês. O aluno paga uma taxa simbólica de 10 reais mensais e as aulas são ministradas em horários que não interferem com as do curso. ■

Foto: ELISABETE COUHO



Um conjunto projetado para fins educacionais (à esquerda) vai substituir as atuais instalações no centro da cidade (à direita). A antiga clínica vai coexistir com as novas, para ampliar o atendimento à população

classe para que se possa sistematizar diretrizes que venham contemplar as necessidades de saúde, do mercado de trabalho e, antes do tudo, pensando na qualificação do profissional formado.

O número de processos que chega a Comissão de Especialistas em Fisioterapia é assustador, segundo a dra. Nara. "Até de escolas de segundo grau, numa ânsia muito grande de abraçar esta fatia do mercado, onde o interesse é meramente mercantil. Não há nada mais rentável hoje do que investir no ensino, geralmente com docentes com má remuneração. E, pior, o mercado provavelmente não irá absorver os alunos dessas instituições caracterizadas como de baixa qualificação. Daí a necessidade do recadastramento". Para a coordenadora da comissão, essa renovação do reconhecimento através do recadastramento vai fazer com que as escolas avaliem o seu produto, sua produção científica, sua extensão e o ensino que estão promovendo. "E tomara que, no momento em que esse processo for deflagrado, que só se permita o funcionamento de escolas que tenham real capacidade de formação". Com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), os currículos mínimos foram extintos e o que passa a existir são diretrizes, o que dará autonomia para cada curso ter o seu próprio currículo. Para essa análise, a comissão conta com um cadastro de consultores formado por profissionais ligados a Universidade, com no mínimo uma titulação de mestrado. O recadastramento deverá ter início provavelmente no próximo ano, prevê a coordenadora.

A visão da dra. Nara Ferraz para a situação do ensino do país é bastante crítica. "Percebemos que existe uma indústria de fabricação de diplomas no Brasil. O que as autoridades querem é que existam escolas para todos, em lugar de perseguir um comprometimento com a qualidade. A avaliação do projeto é atribuída, no discurso, à Comissão de Especialistas, mas na



A dra. Nara Ferraz atua na Comissão com visão crítica

realidade o projeto é apresentado sem levar em consideração a necessidade social do curso na região. No caso da Fisioterapia e de várias outras áreas da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde até perdeu sua prerrogativa de opinar sobre esse aspecto".

O padrão de qualidade deve ser modificado, continua a Coordenadora da Comissão de Especialistas. "Hoje sabemos que a nossa área é uma das mais procuradas na Saúde, é quase um modismo toda Universidade querer ter um curso de Fisioterapia, certamente por saber que é uma das áreas mais procuradas. O que estamos observando, não só nas novas IES mas também em Faculdades com uma certa tradição, é que a qualificação do profissional não é das mais adequadas. São instituições que estão formando mais de 100 alunos por semestre em cursos noturnos, o que pretendemos não exista mais na fisioterapia. Somos também completamente contrários aos cursos sequenciais, que a LDB infelizmente permite. Entendemos que a saúde não é uma área em que esses cursos sejam cabíveis. Também sentimos a necessidade de qualificação do corpo docente na maioria das instituições. Há necessidade de que haja urgentemente uma melhor

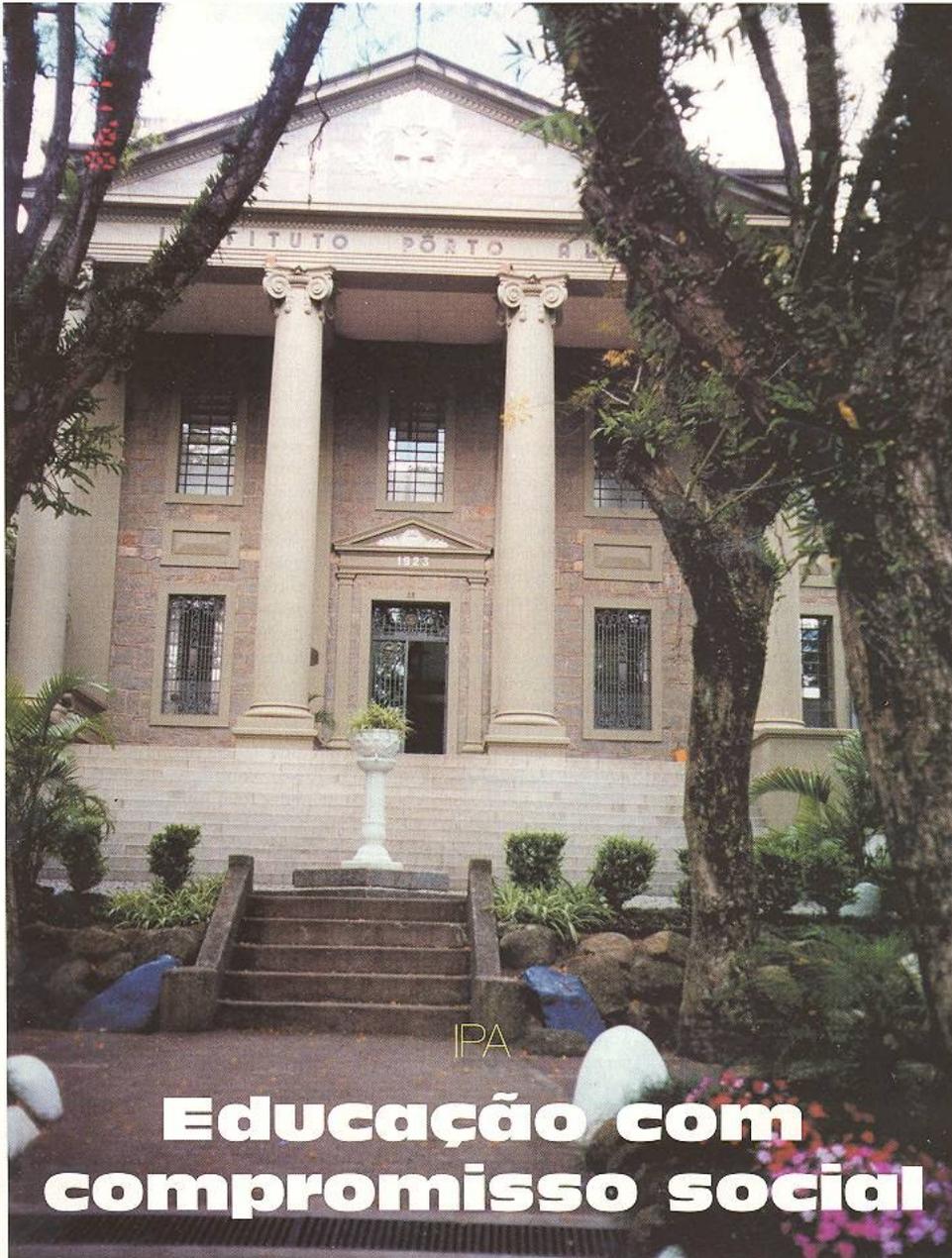
preparação dos profissionais. No entanto, a autonomia universitária tem permitido às universidades e aos centros universitários a criação de cursos muitas vezes não necessários e isto é um assunto que não chega até a comissão".

"É importante que se divulgue que o trabalho da comissão é restrito às escolas particulares e às faculdades isoladas. A Universidade pode abrir o curso que quiser e onde desejar. E mais ainda, têm autonomia para criar os braços, com *campi* avançados, em até outros Estados. Infelizmente, a autonomia que a Universidade precisava não era essa. O que ela ainda precisa é autonomia didática, pedagógica e financeira, que não se têm, por exemplo, na instituição federal. O que se nota é um desestímulo ao profissional mais capacitado e qualificado na docência, que sai da universidade pública e vai procurar as instituições particulares. E essa vaga nem está sendo substituída, mesmo por um professor de menor qualificação..."; lamenta a dra. Nara.

Embora entenda que as atribuições dos conselhos regulamentadores das profissões e da Comissão de Especialistas sejam bastante distintas, com competências bem diferenciadas, a dra. Nara Ferraz entende que há necessidade que a discussão seja conjunta: "o objetivo, tanto de Conselho como da Comissão, é de se ter cursos de boa qualidade que formem profissionais comprometidos com a realidade de saúde do país. Para isso estamos buscando estratégias para ações conjuntas, sem que as ações sejam influenciadas um pelo outro".

A Comissão entende que o Conselho profissional, como a entidade que outorga a capacidade de exercer a profissão, também deve discutir em conjunto com a comissão, e inclusive também com as próprias instituições de ensino superior, essa questão da autonomia de cursos serem abertos sem que haja qualquer tipo de processo de verificação. ■

Foto: Eliassio Castro



IPA

Educação com compromisso social

O ensino mantido pelo Instituto Porto Alegre (IPA) na capital gaúcha há 18 anos vem se destacando no panorama educacional brasileiro por sua preocupação social, participando das discussões relacionadas com as questões da saúde comunitária, a atenção às pessoas portadoras de deficiência e o repensar contínuo das práticas de saúde.

O IPA - Instituto Porto Alegre é uma instituição particular de caráter confessional, ligada a Igreja Metodista, fundada há 75 anos com o nome de *Porto Alegre College* por missionários metodistas do sul dos Estados Unidos. Presente na educação desde 1885, através do Colégio Americano, também em Porto Alegre, iniciou o ensino de terceiro grau há 25 anos, com o curso de Educação Física, o primeiro dos cinco cursos que hoje mantém, todos na área da Saúde. Em 1980 nasceram os cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional que, com o curso inicial, formam a Faculdade de Ciências da Saúde. Em outra instituição, o Instituto Metodista de Educação e Cultura (Imec), distante poucas quadras do IPA, são mantidos os cursos de Nutrição e Fonoaudiologia. Em 1994, IPA e Imec transformaram-se na Federação de Faculdades Metodistas do Sul, no início de um processo de unificação das duas tradicionais escolas, iniciado em 1986, em direção à meta da criação da Universidade Metodista do Sul. A mantenedora define sua meta como a de "oferecer um ensino de qualidade, a partir da realidade, valorizando criticamente o conhecimento acumulado, ampliando-o e socializando-o a favor do desenvolvimento da cidadania e da priorização da vida" e o objetivo de "desenvolver a consciência crítica da realidade; compreender que o interesse social é mais importante que o individual; exercitar o senso e a prática da justiça

e da solidariedade e desenvolver a consciência de que todos têm direito de participar, de modo justo, dos frutos do trabalho".

O curso de Terapia Ocupacional oferecido pelo IPA é o único do Rio Grande do Sul e já formou mais de 200 alunos, a grande maioria inserido na atividade, segundo sua coordenadora desde 1991, Ana Lúcia Soares. Após sete anos ininterruptos nessa função, Ana Lúcia está retornando à docência fazendo uma avaliação crítica da profissão (novas eleições estão convocadas para a escolha da nova coordenadora, por voto de todos os professores, de representantes de funcionários, de de alunos e do diretório acadêmico). Para ela, a Terapia Ocupacional passa por um momento muito importante. "Curso de cunho muito feminino, a partir de 1986/87 começamos a fazer uma reflexão sobre o perfil desejado de formação e sobre nossa proposta

privilegiando as atividades que possam dar ao aluno uma visão ampla sobre as relações sociais, para que o aluno possa entender o seu compromisso com a profissão e com as pessoas com que vai estar ligado na sua prática profissional".

O curso, reconhecido pela Portaria 524/84, está organizado em um período de quatro anos, no período vespertino e aos sábados pela manhã com 50 vagas por turma e carga horária de 3.840 horas (a média dos cursos de Terapia Ocupacional gira em torno de 3.300 a 3.400 horas) e, nos últimos semestres, com estágios supervisionados (900 horas) e mais 120 horas de seminários, em um processo de prática autônoma do aluno. O laboratório de Terapia Ocupacional possui um ambiente destinado a atividades teórico-práticas experimentadas nas disciplinas de Atividades e Recursos Terapêuticos e para atendimentos grupais, com



Foto: IPA

A clínica de Terapia Ocupacional é um espaço importante para o desenvolvimento de estudo, pesquisa e atendimento da área

educacional e, neste ano de 1998, chegamos a uma outra caracterização ao curso. Discutimos muito no sentido de que a formação não passasse por um privilégio de entender o processo de doença, mas sim de entender a saúde e a necessidade do profissional estar lidando com a qualidade de vida das pessoas com quem vai estar vinculado. Para isso temos feito um esforço muito grande para que o Terapeuta Ocupacional que sai desta instituição seja um trabalhador com uma perspectiva muito crítica,

bancada de marcenaria, forno elétrico, além de ferramentas de trabalho em madeira, modelagem, pintura e artesanato em geral. A clínica de Terapia Ocupacional possui instalações para atendimento individual e em grupo, incluindo sala de reuniões e almoxarifado. O estágio oferece a oportunidade de engajamento em programas de atendimento diversificado em diferentes hospitais, clínicas e instituições conveniadas. Entre eles destaca-se o programa "Gestar", destinado a preparação da gestante

para o trabalho de parto e desenvolvimento do bebê, com a participação de seus familiares próximos, com a integração de outros profissionais das clínicas integradas (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Educação Física). Outros programas são os de atendimento a terceira idade, realizado prioritariamente em grupo e integrado a outras áreas técnicas da clínica integrada; de atendimento a portadores de deficiência mental, visual, auditiva e autismo, com atendimentos individuais e em grupo; atenção aos incapacitados, confecção de adaptações ocupacionais e ambientais, bem como orientação a família. Essencialmente, também atua na área de saúde mental, com atendimentos individuais e em grupo às pessoas com dificuldades de socialização, incluindo grupos de convivência familiar.

Ana Lúcia revela que, "durante todo o curso, o aluno tem possibilidade de fazer observações nas disciplinas aplicadas a Terapia Ocupacional, oportunizando momentos em que vai se deparar com situações específicas de que tratou no aspecto teórico e aí podendo fazer o exercício de pensar as possibilidades de intervenção, em um processo gradual de confronto com a realidade da prática profissional". O *feedback* pode ser notado pelos espaços que os terapeutas ocupacionais estão conquistando no Rio Grande do Sul. "Estamos vendo iniciativas bastante diferenciadas sendo toma-

O que o curso do IPA oferece?

■ *revisão e reformulação curricular, a partir da análise da realidade e demandas atuais no Rio Grande do Sul, no País e a nível internacional.*

■ *criação de um programa de atividades de extensão valorizando a educação continuada para o aperfeiçoamento dos profissionais.*

■ *implantação de programas de pós-graduação a fim de sistematizar a produção científica da terapia ocupacional.*

■ *Intercâmbio com instituições nacionais e internacionais para recebimento de pesquisadores visitantes, troca de experiências e realização de pesquisa conjunta.*

das, particularmente na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, afastando a idéia de que o terapeuta ocupacional só pode atender na saúde mental ou

Rio Grande do Sul, em uma área ainda pouco conhecida, tivemos momentos de baixa procura", lembra a coordenadora do curso de Terapia

Ocupacional. "Demos hoje nossa contribuição, mostrando a que viemos. Como é um profissional muito facetado, é um pouco difícil, às vezes, as pessoas estarem entendendo como essa profissão trabalha, que contribuição pode dar. Outras profissões são muito mais objetivas em seus focos de estudos e talvez por isso é que vieram os projetos de experiências em saúde mental, por serem mais fáceis de serem observados. Tivemos a crença suficiente em nós mesmas de abrir os horizontes e mostrar outras possibilidades".

O IPA desenvolveu o primeiro programa de pós-graduação em 96/97 e agora oferece três programas aprovados pelo conselho departamental, em Gerontologia, com

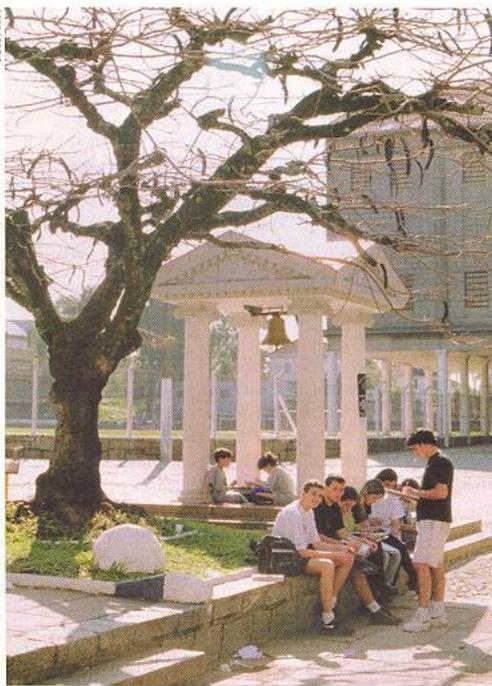


Foto: IPA

O ensino mantido pelo Instituto Porto Alegre (IPA) na capital gaúcha há 18 anos vem se destacando no panorama educacional brasileiro por sua preocupação social, participando das discussões relacionadas com as questões da saúde comunitária, a atenção às pessoas portadoras de deficiência e o repensar contínuo das práticas de saúde.

O IPA - Instituto Porto Alegre é uma instituição particular de caráter confessional, ligada a Igreja Metodista, fundada há 75 anos com o nome de *Porto Alegre College* por missionários metodistas do sul dos Estados Unidos. Presente na educação desde 1885, através do Colégio Americano, também em Porto Alegre, iniciou o ensino de terceiro grau há 25 anos, com o curso de Educação Física, o primeiro dos cinco cursos que hoje mantém, todos na área da Saúde. Em 1980 nasceram os cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional que, com o curso inicial, formam a Faculdade de Ciências da Saúde. Em outra instituição, o Instituto Metodista de Educação e Cultura (Imec), distante poucas quadras do IPA, são mantidos os cursos de Nutrição e Fonoaudiologia. Em 1994, IPA e Imec transformaram-se na Federação de Faculdades Metodistas do Sul, no início de um processo de unificação das duas tradicionais escolas, iniciado em 1986, em direção à meta da criação da Universidade Metodista do Sul. A mantenedora define sua meta como a de "oferecer um ensino de qualidade, a partir da realidade, valorizando criticamente o conhecimento acumulado, ampliando-o e socializando-o a favor do desenvolvimento da cidadania e da priorização da vida" e o objetivo de "desenvolver a consciência crítica da realidade; compreender que o interesse social é mais importante que o individual; exercer o senso e a prática da justiça

e da solidariedade e desenvolver a consciência de que todos têm direito de participar, de modo justo, dos frutos do trabalho".

O curso de Terapia Ocupacional oferecido pelo IPA é o único do Rio Grande do Sul e já formou mais de 200 alunos, a grande maioria inserido na atividade, segundo sua coordenadora desde 1991, Ana Lúcia Soares. Após sete anos ininterruptos nessa função, Ana Lúcia está retornando à docência fazendo uma avaliação crítica da profissão (novas eleições estão convocadas para a escolha da nova coordenadora, por voto de todos os professores, de representantes de funcionários, de de alunos e do diretório acadêmico). Para ela, a Terapia Ocupacional passa por um momento muito importante. "Curso de cunho muito feminino, a partir de 1986/87 começamos a fazer uma reflexão sobre o perfil desejado de formação e sobre nossa proposta

privilegiando as atividades que possam dar ao aluno uma visão ampla sobre as relações sociais, para que o aluno possa entender o seu compromisso com a profissão e com as pessoas com que vai estar ligado na sua prática profissional".

O curso, reconhecido pela Portaria 524/84, está organizado em um período de quatro anos, no período vespertino e aos sábados pela manhã com 50 vagas por turma e carga horária de 3.840 horas (a média dos cursos de Terapia Ocupacional gira em torno de 3.300 a 3.400 horas) e, nos últimos semestres, com estágios supervisionados (900 horas) e mais 120 horas de seminários, em um processo de prática autônoma do aluno. O laboratório de Terapia Ocupacional possui um ambiente destinado a atividades teórico-práticas experimentadas nas disciplinas de Atividades e Recursos Terapêuticos e para atendimentos grupais, com



Foto: IPA

A clínica de Terapia Ocupacional é um espaço importante para o desenvolvimento de estudo, pesquisa e atendimento da área

educacional e, neste ano de 1998, chegamos a uma outra caracterização ao curso. Discutimos muito no sentido de que a formação não passasse por um privilégio de entender o processo de doença, mas sim de entender a saúde e a necessidade do profissional estar lidando com a qualidade de vida das pessoas com quem vai estar vinculado. Para isso temos feito um esforço muito grande para que o Terapeuta Ocupacional que sai desta instituição seja um trabalhador com uma perspectiva muito crítica,

bancada de marcenaria, forno elétrico, além de ferramentas de trabalho em madeira, modelagem, pintura e artesanato em geral. A clínica de Terapia Ocupacional possui instalações para atendimento individual e em grupo, incluindo sala de reuniões e almoxarifado. O estágio oferece a oportunidade de engajamento em programas de atendimento diversificado em diferentes hospitais, clínicas e instituições conveniadas. Entre eles destaca-se o programa "Gestar", destinado a preparação da gestante

carga horária de 360 horas; em Deficiência e Reabilitação (360 horas) e em Metodologia do Trabalho Comunitário (360 horas).”O IPA tem uma trajetória de investimento bastante importante não só na graduação mas no processo de educação continuada”, lembra a coordenadora. “Trabalhamos com cursos de extensão e com seminários internos para definição, por exemplo, de caminhos novos para o currículo e o crescimento das suas relações interinstitucionais”.

“Como a nossa formação está voltada para o entendimento global da pessoa humana, ela também nos coloca em uma posição que facilita o diálogo multiprofissional. Não conseguimos ver apenas um aspecto da questão, em uma situação onipotente. Temos uma predisposição de diálogo, porque estamos sendo sempre sendo inqueridos a pensar sobre que outras coisas temos que cuidar, para junto construirmos este processo de transformação. Nos colocamos o tempo todo em uma situação de diálogo com outros profissionais e com nosso paciente. Por esta nossa característica é que gostamos muito de discutir a questão educacional, nossas metas institucionais e compromissos”. Ana Lúcia revela a existência de um programa multidisciplinar de pesquisa e extensão que permite aos professores se envolverem, além de ensino e acompanhamento de estagiários, na instrumentalização para a formação com cunho ético, com habilidades da profissão, de forma atenta e crítica. “Mais do que uma situação de reserva de mercado ou particularidades corporativas, temos que falar da contribuição que cada área tem para a qualidade da atenção na



Foto: ELIZABETH COSTA
Ana Lúcia Soares

saúde. Temos que cuidar, dentro do ambiente acadêmico, para não levar o aluno a uma expectativa errônea do que ele vai encontrar lá fora. Há possibilidade da atividade liberal, mas o que está nos chamando hoje para agir é o sistema de saúde que está sendo construído ou reconstruído, para podermos colaborar, criando outras perspectivas de vida. Nossa perspectiva é muito positiva em termos de futuro, porque são profissio-

nais que ainda tem possibilidades de inserção e muito espaço a conquistar”.

O grande desafio é de independência maior na construção do saber, que ainda está ligado a outras áreas, em termos de programas de qualificação. A inexistência de cursos específicos de mestrado e doutorado no país é a maior dificuldade apontada pela coordenadora do curso de Terapia Ocupacional do IPA. De um total de 29 docentes, o curso tem 8 professores com mestrado em áreas diversas e três com cursos de mestrado na área da educação e ciências do movimento. Outras são especialistas ou em processo de início de especialização. A coordenadora do curso é a única que está fazendo doutorado. Ao analisar as novas normas estabelecidas pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que prevê a exigência, até o ano 2.007, de um terço do corpo docente, pelo menos, com mestrado ou doutorado e um terço em regime de dedicação exclusiva, Ana Lúcia vê dificuldades. “A maior que encontramos diz respeito a qualificação dos professores porque a solicitação é que esta formação seja feita na área específica..

No entanto, hoje só existe um projeto, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que deverá estar oferecendo no segundo semestre do próximo ano o primeiro programa de mestrado em Terapia Ocupacional no país. Esta vai ser uma das primeiras possibilidades, já que o grande grupo de doutoras está ainda centralizado no estado de São Paulo, com o que poderemos estar pensando sob o ponto de vista da terapia ocupacional e não só da perspectiva interdisciplinar que os outros programas nos coloca”.

Campos de estágio

- *Hospital Nossa Senhora da Conceição: ações comunitárias de saúde e educação (todas as faixas etárias).*
- *FESC – Casa de Passagem O.A. Centro e Vila Bom Jesus, atendendo crianças e adolescentes com risco social.*
- *Unidade Sanitária São José do Murialdo: ações comunitárias em saúde e educação em todas as faixas etárias.*
- *Lar dos Velhos “Maurício Seligmann”, pessoas idosas asiladas.*
- *Casa de Apoio Viva Maria; atende mulheres e crianças vítimas de maus tratos e violência doméstica.*
- *Clínica de Terapia Ocupacional do IPA: atendimento clínico de TO individuais e/ou grupos dentro dos programas (saúde mental, gestantes, idosos, deficiências mental, surdez, cegueira, deficiência física).*

Integração analisada

As questões relacionadas com a integração de profissionais de Fisioterapia no Mercosul já determinaram a realização de quatro encontros entre representantes de Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, desde 1997. O último deles, em outubro último, ocorreu em São Bernardino, no Paraguai e foi o que mais avançou nas discussões. Antes deles foram realizados dois encontros em Porto Alegre (RS) e um terceiro em Montevideo (Uruguai), este último em abril deste ano. As duas primeiras reuniões tiveram a participação de profissionais de Terapia Ocupacional, que a partir desses encontros decidiram adotar caminhos próprios pois só no Brasil as duas profissões tem um elo de ligação corporativa, por pertencerem ao um mesmo Conselho profissional. O primeiro desses quatro encontros teve caráter apenas nacional. Já no segundo, também em Porto Alegre, no ano passado, compareceram representantes dos demais países integrantes do Mercosul, para uma troca inicial de informações. A partir do terceiro, no

Uruguai, foram constituídas três comissões, de Mercado de Trabalho, de Política e de Educação Acadêmica. O Brasil participa oficialmente dessas reuniões com representação do COFFITO. Na Argentina, onde não existem conselhos mas colégios profissionais, o interlocutor a nível governamental tem sido a Confederação de Kinesiólogos da Argentina. Do Uruguai participam representantes da Associação dos Fisioterapeutas do Uruguai e do Paraguai, da Associação de Fisioterapeutas e Kinesiólogos do Paraguai.

Para Maria Teresa Dresch da Silveira, que participa dessas reuniões praticamente desde o seu início e que em Porto Alegre coordenou o segundo encontro, a reunião agora realizada em São Bernardino (Paraguai) foi extremamente produtiva. O Brasil apresentou e teve aprovada proposta de criação de uma comissão de integração de fisioterapeutas e kinesiólogos, foi aprovado o regimento interno e preparadas cinco resoluções, que após examinadas e aprova-

das pelo COFFITO, vão ser encaminhadas ao Ministério de Relações Exteriores do Brasil, para que ocorra o reconhecimento dessa comissão. As comissões internas foram reduzidas para duas, de Educação e de Exercício Profissional e, em seu âmbito, vários itens estão começando a ser discutidos. O Brasil apresentou nessa reunião sua proposta de diretrizes curriculares, elaboradas pelo COFFITO, que estão sendo estudadas pelos demais países. Na questão do registro profissional, foram elaborados as diretrizes para se dar início a discussão dos princípios éticos que devem vigorar no Mercosul. Maria Teresa ressalva que é evidente que cada profissional que for atuar nos demais países pertencentes ao bloco vai ter que estar atrelado a legislação pertinente do país onde estará atuando e ao seu Código de Ética.

Ao contrário da Argentina onde são usualmente chamados de kinesiólogos - embora cinco outras denominações sejam aplicadas naquele país a este profissional - no

Uruguai os profissionais de Fisioterapia são sempre chamados de fisioterapeutas, a partir de uma lei do início deste ano, que os transformou de técnicos e está determinando a revalidação de seus diplomas. No Paraguai, só neste ano surgiu a primeira Faculdade de Fisioterapia (com cinco anos de duração e carga horária de 5.200 horas) e os profissionais que hoje lá atuam são oriundos de outros países, principalmente da Argentina. Para Maria Teresa, está no Paraguai o maior problema a ser enfrentado, porque lá a Fisioterapia não é ainda uma profissão reconhecida, embora exista projeto em tramitação no legislativo.

O prazo para a integração é de dez anos, contado a partir da assinatura do protocolo em dezembro de 1998. "Não deverá ser fácil, se examinarmos o exemplo de outras profissões", preocupa-se Maria Teresa. "Há uma diferença muito grande no nível de autonomia profissional e na formação acadêmica se compararmos o profissional do Brasil com os de outros países. Para se chegar ao consenso, não será fácil!". Ela tem a plena convicção - não apenas em relação aos fisioterapeutas mas também aos outros segmentos da área de saúde - que o Mercosul será uma via de uma mão só. "Serão eles que estarão vindo para cá e não nós indo para outros países. Daí a importância de chegarmos a medidas de consenso, que preservem o ponto de vista brasileiro. E isto vai ocupar estes nove anos restantes ou até mais. Na União Européia esta discussão começou na década de 40 e só agora que está começando a se concretizar a questão de livre transito de serviços e, mesmo assim, com alguns países ainda não concordando...". As propostas emanadas dessas comissões precisam ser aprovadas pelos governos de cada país e, em seguida, pelo Grupo do Mercado Comum para que tenham validade.

Ministério da Saúde define: presença de Fisioterapeuta é obrigatória em UTI

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.432, de 12 de agosto deste ano, assinada pelo ministro José Serra, definiu os critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI e a obrigatoriedade da presença do fisioterapeuta em suas equipes básicas. Todas as unidades cadastradas pelo Sistema Único de Saúde foram inicialmente classificadas como do tipo I e serão credenciadas nos tipos II e III ao comprovarem o cumprimento das especificações estabelecidas nessa Portaria. Em relação a equipe básica, as Unidades de Tratamento Intensivo do Tipo II deverão contar - além de um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde - com um responsável técnico; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista para cada dez leitos ou fração e por turno de trabalho; um enfermeiro coordenador; um enfermeiro exclusivo da unidade, por turno de trabalho; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; e um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza.

Além da equipe básica exigida para as UTIs do tipo II, as Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III devem ainda contar com um médico plantonista para cada dez pacientes, fisioterapeuta exclusivo da UTI e mais um enfermeiro exclusivo para cada cinco leitos por turno de trabalho.

A Portaria define as Unidades de Tratamento Intensivo como "as unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica".

A mesma portaria segmenta estas unidades em quatro tipos. As três primeiras atendem grupos etários específicos (neonatal - pacientes de 0 a 28 dias; pediátrico - pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas e adulto - maiores de 14 ou 18 anos) e a última, especializada, voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencente a grupo específico de doença.

Novo referencial de honorários está em vigor

“O futuro social da profissão exige do Fisioterapeuta a ousadia para alterar a sua história”. É com esta premissa que o presidente do COFFITO, dr. Ruy Gallart de Menezes, valoriza o Referencial Nacional de Honorários Terapêuticos (RNHF), que desde o final de outubro último está sendo encaminhado a todos os profissionais de Fisioterapia. Preparado pela Comissão Interinstitucional do Referencial de Honorários Fisioterapêuticos, um organismo criado pela Associação Brasileira de Fisioterapia com o envolvimento de todas as entidades representativas da categoria (sistema

COFFITO/CREFITOs, Associação Brasileira de Fisioterapia e Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais), o Referencial foi aprovado e homologado por assembléia realizada durante o 13º Congresso Brasileiro de Fisioterapia, em outubro de 1997, em São Paulo. O resultado final, apresentado

em uma publicação de 52 páginas, está sendo distribuído aos profissionais através dos CREFITOs de cada jurisdição, com o objetivo de balizar as remunerações do trabalho desenvolvido junto aos Planos de Saúde, Seguros Saúde e Auto Gestão e nos diversos tipos de convênios, com aplicação em ambulatórios, clínicas, consultórios, hospitais, empresas e atendimento domiciliar. Sua vigência ocorre em todo o território nacional.

“O Referencial não é apenas uma simples tabela fixadora de honorários profissionais mas um importante instrumento de imposição da ética remuneratória, que afasta definitivamente a

É fundamental que você tenha em mãos e faça valer o “Referencial Nacional de Honorários Terapêuticos”. Se não recebeu seu exemplar, contate o CREFITO de sua jurisdição - a entidade responsável pelo encaminhamento aos profissionais da jurisdição - para solicitar o seu envio. A Comissão Interinstitucional do Referencial de Honorários Fisioterapêuticos poderá ser contatada através do endereço do COFFITO (veja expediente desta publicação).

Rio de Janeiro: município normatiza assistência fisioterapêutica

A Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro estabeleceu a utilização e preenchimento obrigatório dos formulários de Referência e Contra Referência no atendimento fisioterapêutico no âmbito das Unidades Prestadoras de Serviço (UPS) integrantes do SIA-SUS-RJ, sejam elas federais, estaduais, municipais, privadas universitárias, filantrópicas ou sindicais. A decisão tomada pelo secretário Ronaldo Luiz Gazola, através da Resolução SMS no. 652, de 29 de maio deste ano, levou em contas conceitos emanados pelo Ministé-

rio da Saúde, pelo Coffito (através da resolução 80) e pela própria Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e visou normatizar o fluxo desta modalidade terapêutica, além de otimizar e viabilizar a supervisão e controle quando ao desempenho, qualidade e produção do serviço oferecido à população.

A resolução estabelece o limite de 10 atendimentos mensais para cada código de procedimento em Fisioterapia, além de um consulta por mês, por parte de fisioterapeuta ou médico fisiatra.

impropriedade e a indignidade de observarmos o Fisioterapeuta submetendo o valor do seu trabalho a princípios estabelecidos por outra categoria profissional”, enfatiza o presidente do COFFITO. Este divisor de tempo histórico da categoria é o resultado de um trabalho de mais de dois anos e preenche uma lacuna na organização político-administrativa da Fisioterapia, estabelecendo conceitos próprios e personalíssimos da assistência fisioterapêutica no país.

Para a dra. Célia Rodrigues Cunha, Coordenadora Nacional da Comissão do RNHF, “a sensibilidade social dos profissionais é que permitiu a fixação de uma base referencial que possibilitasse contemplar, através da negociação entre as partes, todos os patamares sócio-econômicos que compõem o conjunto da sociedade, que não pode e não deve ser alvo da desassistência fisioterapêutica, fundamentada apenas nos limites econômicos-financeiros de cada cidadão, dentro de uma realidade concreta do país em que vivemos”. Para a definição dos valores referenciais, uma ampla pesquisa foi realizada, sob o comando de empresa especializada, embasando a comissão para as propostas apresentadas e discutidas em todo o território nacional e, ao final, homologada na assembleia realizada durante o 13º Congresso Brasileiro de Fisioterapia.

Embora reconheça que o Novo Referencial de Honorários Fisioterapêuticos possa não contemplar “os interesses e vontade da unanimidade do conjunto profissional, o que seria uma perspectiva utópica, representa a vontade da grande maioria que não declina de seu direito de definir a qualidade científica e o valor remuneratório de seu trabalho”, o presidente do COFFITO almeja que “o RNHF seja o instrumento necessário a alforria social para com autoridade e competência definir os rumos da sua evolução acadêmica com a justa valorização do seu trabalho”. ■

RESOLUÇÕES DO COFFITO

Convênios não podem contrariar a Lei

De acordo com a Resolução nº 183 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, de 2 de setembro último e publicada no Diário Oficial da União de 7 de outubro deste ano, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e empresas ligadas aos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacionais não podem cumprir normas, instruções ou outras exigências que tentem ser impostas por empresas de Saúde de Grupo, Seguro Saúde ou Similares contrariando a Lei Federal que criou as duas profissões ou a seus atos regulamentadores, particularmente aqueles que definem o Código de Ética das duas profissões, seu perfil e suas atribuições no exercício da Responsabilidade Técnica.

Os Fisioterapeutas ou Terapeutas Ocupacionais que venham a fazer convênio sem o acolhimento e cumprimento destas normas, instruções e outras exigências responderão a processo ético-disciplinar. Por seu turno, as empresas registradas no CREFITO de sua jurisdição que descumprirem a regulamentação, terão seus registros cancelados e ficarão proibidas de anunciar e/ou prestar serviços nessas áreas de Saúde, independente da aplicabilidade de outras médias legais cabíveis. A resolução também estabelece que as empresas de Saúde de Grupo e similares que não cumprirem esta legislação ficam proibidas de prestar serviços ou atendimentos fisioterapêuticos ou terapêuticos ocupacionais aos seus associados, diretamente ou através da contratação de terceiros. Os profissionais e empresas abrangidas nesta Resolução, já conveniadas com empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares, terão o prazo de 60 dias para efetuarem a adequação ao presente ato normativo. As empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares estão obrigadas a exigirem a comprovação prévia dos registros dos seus contratados, quer pessoa física ou pessoa jurídica, perante o CREFITO da sua jurisdição.

Ao baixar esta resolução, o COFFITO levou em conta a maneira indevida e abusiva que empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares vinham emitindo normas e instruções nessa área, contrariando a Lei Federal nº 6.316 de 17/12/1975 e os atos regulamentadores estabelecidos nas Resoluções do COFFITO, especialmente as de números 10 (Código de Ética Profissional), 80 (Perfil de atuação do Fisioterapeuta), 81 (Perfil de Atuação do Terapeuta Ocupacional) e 139 (Das atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional). O não acatamento a estas normas éticas e legais vem provocando a exposição da clientela a uma assistência equivocada e não resolutiva, com riscos evidentes na boa evolução terapêutica e a integridade do próprio paciente. ■

Educação à distância na área da Saúde: um agravo à sociedade brasileira

Os Conselhos Federais da Área da Saúde, reunidos em Brasília para tratar da propaganda que grassa em todo o território nacional, divulgada por empresas estrangeiras, com respaldo de alguns profissionais brasileiros, oferecendo cursos, na modalidade à distância, a nível da graduação, especialização e mestrado, vem através desta carta, alertar a sociedade brasileira bem como aos Profissionais de Saúde que emprestarem seus nomes a esta modalidade de ensino que:

A reunião acima referenciada foi decorrência do que ficou ajustado quando os Conselhos Federais da Área da Saúde, no dia 16 de junho próximo passado, na Sede do Conselho Federal de Psicologia, em Brasília, com representantes da SESU/MEC e da SEED debateram sobre "Ensino à Distância Aplicado ao 3º Grau", quando foi-nos asseverado, por aqueles representantes do MEC, que não há nenhum projeto sequer, protocolado no MEC, que solicite exame de projeto na Área da Saúde quer para cursos de graduação, quer para Cursos de Aperfeiçoamento ou especialização Lato Sensu, ou mesmo para programas de pós-graduação, *Stricto sensu* Mestrado ou Doutorado. (grifamos)

Desta maneira ficou acordado o envio desta carta que vai assinada por todos os Presidentes dos Conselhos Federais da Área da Saúde e remetida aos seus inscrites e que desta forma terão subsídios para repassarem seu conteúdo à sociedade cuja defesa é a razão maior de nossa existência.

Dentro destes objetivos consideramos que:

1. Os cursos, na modalidade à distância, devem se conformar à Portaria nº 301, de 7 de abril de 1998, publicada no DOU de 9 de abril de 1998, que regulamentou o art. 8º da lei nº 9.349/96;

2. De forma muito clara está previsto em seu artigo 1º da Portaria nº 301, a exigência de que a "instituição de ensino interessada credenciar-se para oferecer cursos de graduação e educação profissional em nível tecnológico à distância" deve instruir, tal demanda mediante processo próprio, junto ao Ministério da Educação e Desporto, via

protocolo geral do MEC ou mesmo nas DEMEC dos Estados;

3. Os diplomas ou certificados a serem expedidos pelas instituições, cujas propagandas estão em circulação nacional, não tem validade legal por não atenderem o que prescreve a legislação em vigor ou seja o MEC não recebeu, até hoje, para análise e parecer, os projetos a que se referem as referidas propagandas e como tal são desprovidos de amparo legal;

4. Os diplomas ou certificados a serem expedidos por instituições que não cumprirem tal dispositivo não tem validade legal por não atenderem o que prescreve a legislação em vigor ou seja o MEC não recebeu, até o presente momento, de acordo com o representante da Secretaria de Ensino Superior - SESU/MEC e da Secretaria da Educação à Distância - SEED/MEC, nenhum processo, na Área da Saúde, para análise e parecer ou seja os projetos a que se referem as propagandas não foram sequer submetidos à avaliação pela autoridade competente do país e como tal são desprovidos de amparo legal;

5. As instituições que estão distribuindo propagandas sobre os referidos cursos não estão credenciadas para oferecer cursos de graduação de forma presencial, sendo pois, exigido que as mesmas deverão atender as informações e os dados previstos no art. 2º da Portaria MEC nº 640, de 13 de maio de 1997;

6. A participação de profissionais da Área da Saúde, que estão sendo apresentados como professores e coordenadores destes cursos poderão levá-los a processos éticos por seus Conselhos profissionais.

Em consequência do que acima apresentamos percebese, de imediato, que os cursos à distância, quer a nível de graduação que estão sendo oferecidos aos profissionais de saúde, ou como pós-graduação, especialização, mestrado ou doutorado, na área própria ou afim, se revestem do facilitário e da ilegalidade, na medida em que não atendem as exigências legais, ou seja *não existe, no país, qualquer curso credenciado como prevê a lei e sua regulamentação.* (grifamos)

Propagandas enganosas em circulação, com oferecimentos de cursos, *off shore*, de universidades do exterior, que não tem validade para o exercício profissional em seus países de origem, vem apontando que estas instituições são reconhecidas pela Organização das Nações Unidas - ONU, o que vem a levar muitos de nossos profissionais desavisados, ao sonho de obterem diplomas através da Educação à Distância em nível de Graduação, ou mesmo de Pós-Graduação Lato Sensu (Aperfeiçoamento/ Especialização) ou Stricto Sensu (Mestrado/ Doutorado).

Brasília, 13 de agosto de 1998

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOLOGIA
CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL
CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
VETERINÁRIA
CONSELHO FEDERAL DE NÚTRICIONISTA
CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM
RADIOLOGIA

Crise econômica afeta saúde do brasileiro

A crise brasileira, que determinou a busca de ajuda externa e os cortes nas previsões de despesas do governo para 1999, atingiram em cheio os programas sociais e os projetos de infra-estrutura. Anunciados em 9 de novembro último pelo ministro de Planejamento, Paulo Paiva, dentro da nova proposta da União para 1999, os cortes somam R\$ 8,7 bilhões em relação à proposta inicial, apresentada em agosto. Apesar da anunciada disposição do governo de poupar a área social, a saúde perdeu R\$ 1 bilhão e a educação R\$ 574 milhões. Os cortes nessas duas áreas estão entre os maiores em termos absolutos, embora percentualmente sejam menores do que os aplicados em outros setores. As verbas da saúde sofreram redução de 6,6% e da educação, de 12,3%. Em volume absoluto de recursos, as áreas mais prejudicadas foram transporte e saúde.

De acordo com o ex-ministro Adib Jatene, a saúde deveria ter hoje R\$ 22 bilhões, mais o CPMF, o que atingiria algo em torno de R\$ 30

bilhões. "Tem, no entanto, R\$ 19,5 bilhões e vai cair para R\$ 18 milhões em 1999. Isto quer dizer que, em moeda corrente, o governo cortou os recursos da saúde. Em 1995, sem a CPMF, a saúde recebia 22% dos recursos da seguridade. Hoje, com a CPMF, recebe 18%".

Na primeira proposta, os cortes no Ministério da Saúde seriam de R\$ 1,31 bilhão (RS 270 milhões no ReforSus e R\$ 1,04 bilhão no combate à mortalidade infantil). Estes cortes foram reduzidos, na proposta final, para RS 1,22 bilhão, R\$ 252 milhões e 973,8 milhões respectivamente, com uma diferença média entre 6,7% e 6,8%. O que mais preocupa é a forma como a redução de cortes será feita. "Pode haver tanto o fim dos desperdícios como a retirada de investimentos em programas imprescindíveis", comenta o deputado Sérgio Arouca, do PPS-RJ, que duvida que a proporção anunciada nos cortes seja seguida à risca. "O lobby dos hospitais é muito forte e certamente eles não vão amargar a falta de recursos", lembrando que, em 1997, apenas 20% da

verba prevista para o programa de vigilância sanitária foi utilizada. No lado governamental, os técnicos do Ministério da Saúde garantem que haverá aumento de R\$ 1,7 bilhão nos recursos de custeio, no próximo ano, obtidos com a transformação do dinheiro que antes era destinado ao pagamento das dívidas do ministério, o que irá permitir a expansão de alguns programas considerados prioritários na área.

O novo projeto considera arrecadações extras, anteriormente não previstas, como a elevação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que originalmente deveria ter seus recursos destinados à saúde, de 0,20% para 0,38% e o aumento da cobrança da contribuição previdenciária dos servidores públicos. A meta é atingir um superávit primário de R\$ 16,3 bilhões em 1999 (na proposta de 31 de agosto, seria de R\$ 8,7 bilhões). O crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), inicialmente imaginado em 4% no ano, passou a mostrar um crescimento negativo (-1%). ■

COFFITO reconhece especialidades

FISIOTERAPIA PNEUMOFUNCIONAL E FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL SÃO AS PRIMEIRAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS PELO COFFITO, EM CONSEQUÊNCIA DA FORMAÇÃO DAS PRIMEIRAS TURMAS DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA. PROFISSIONAIS NÃO TITULADOS TÊM PRAZO DE 180 DIAS PARA SE QUALIFICAREM.

O COFFITO reconheceu as especialidades de Fisioterapia Pneumofuncional e Fisioterapia Neurofuncional como próprias e exclusivas de profissional Fisioterapeuta.

As resoluções 188 e 189 que tratam da matéria, foram publicadas no Diário Oficial da União de 10 de dezembro de 1998, em sua página 58. A decisão decorreu do término das Residências (treinamento em serviço) ocorridas na Universidade Estadual de Londrina (Paraná), destinadas a especializar Fisioterapeutas na condução de ações profissionais específicas aos indivíduos portadores de distúrbios sinérgicos respiratórios e aos portadores de distúrbios cinético funcionais por intercorrência de síndromes neurológicas.

De acordo com as duas resoluções, receberá o título de Especialista nestas duas tipicidades de conhecimento o Fisioterapeuta portador de títulos outorgados nos termos do artigo 2º e incisos da Resolução COFFITO nº 86, também publicada na mesma data. Esta resolução estabelece que os projetos dessas Residências devem ter obtido a aprovação e o reconhecimento do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e que as especialidades serão reconhecidas através da edição de resoluções específicas. O fisioterapeuta só estará autorizado a anunciar-se como Especialista, após todo o trá-

mite protocolar do registro de seu título no COFFITO. Após reconhecida a especialidade pelo COFFITO e registrada em livro próprio, o CREFITO da jurisdição do profissional fará as anotações respectivas no Livro de Inscrição de Fisioterapeutas e na Carteira de Identidade Profissional, tipo livro. Somente serão aceitos certificados, diplomas e títulos acadêmicos de Instituições de Ensino Superior (IES) que estejam em conformidade com o disposto na Lei nº 9.394/96.

As resoluções 188 e 189 asseguram ao fisioterapeuta não titulado, pelo prazo de 180 dias contados da data da sua publicação, o reconhecimento de sua qualidade de Especialista, desde que comprove o efetivo exercício profissional no campo da especialidade por período não inferior a 5 anos, através de documentos que demonstrem continuidade de estudos e ações profissionais em uma das duas tipicidades assistenciais agora reconhecidas, trabalhos científicos publicados e participação em eventos científicos e culturais da espécie. O profissional deverá ser aprovado em banca examinadora de qualificação, a ser implementada pelo COFFITO em parceria ou convênio com Instituição de Ensino Superior.

Cópias integrais destas Resoluções estão disponíveis no CREFITO da jurisdição do profissional, para onde devem ser dirigidas as solicitações.

*Se o leitor participa ou conhece projetos de relevância social que mereçam conhecimento público, encaminhe sua sugestão à revista **O COFFITO**, para análise e inclusão nas próximas edições.*