



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde:
Prof. Dr. José Brandão Neto

Patricia Froes Meyer

**A compreensão do corpo na formação
profissional do fisioterapeuta**

Presidente da banca: Prof^a Dr^a Íris do Céu Clara Costa

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro C. F. Alves (UFRN): _____

Prof. Dr. Jones E. Agne (UFSM): _____

Prof^a. Dr^a. Maria Irany Knacfuss (UFRN): _____

Aprovada em:

Dedicatória

Meus pais, mesmo distante, senti muitas vezes o tocar de suas mãos em minha cabeça e nos momentos em que estavam presentes, escutei as palavras certas nas horas de desânimo; meu marido, perdão pelos momentos que nos afastamos para que eu pudesse levar adiante a efetivação do meu ideal, hoje todos vocês dividem comigo esta minha conquista.

Agradecimentos

Agradeço a DEUS,

Às orientadoras, Íris do Céu Clara Costa e Vânia de Vasconcelos Gico,

Aos colegas e agora amigos, Eliane, Geraldo, Marcos, Kidelmar, Célia e Ana Lúcia,

Aos Professores Ângelo Roncalli, Vera Rocha e Jones Agne,

Ao coordenador do PPGCS, Prof. José Brandão Neto,

A amiga Eliane Maria da Silva,

Ao meu irmão Mauro,

Aos meus alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar que participaram da pesquisa.

A você

que me incentivou

que ao nos encontrarmos perguntava do trabalho

que esteve disponível

que me deu sugestões, que me orientou

que ofereceu ajuda

que não perdeu a paciência com o meu papo de “hora e horas” sobre dissertação

que compreendeu os momentos em que precisei falar “não”

que se preocupava com os meus “sumiços”

que dizia ter saudade de mim

que, ao encontrar um artigo, um texto ou uma discussão relacionada ao meu objeto de estudo dizia “pensei em você” ou “trouxe um artigo do qual você vai gostar”.

que ria comigo das “piadas” que eu mesma fazia da minha difícil situação de mestranda

que analisou e discutiu comigo o trabalho

que esteve atento às minhas dúvidas

que me ajudou na difícil tarefa de encontrar periódicos para publicar

que me deu forças para eu não desistir

que me alertava para o fato de eu só “pensar naquilo”

que de alguma forma se envolveu com este trabalho.

Se você se identifica com alguma dessas citações, aproveite sua leitura para dizer-lhe formalmente que você de alguma maneira contribuiu para que esse trabalho se realizasse.

Se você não se percebe entre elas, é engano seu. É sim, porque neste momento, estou reconhecendo-o no fato deste trabalho estar sendo motivo de sua atenção. Afinal, ele não terminou, está, aliás, apenas começando.

Muito obrigado!

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Listas	viii
Resumo	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 Corpo e Saúde: dos primórdios aos nossos dias	6
2.2 Corpo e o processo saúde-doença na história da Fisioterapia	12
2.3 A influência flexneriana na formação universitária do profissional de saúde.....	15
2.4 Legislação e a Formação Universitária do Fisioterapeuta	19
2.5 As Diretrizes Curriculares e as propostas de transdisciplinaridade dentro do currículo do fisioterapeuta	27
3 MÉTODOS	37
3.1 Caracterização do Estudo	37
3.2 Cenário da pesquisa e sujeitos envolvidos	37
3.3 Os instrumentos para coleta de dados	39
3.4 O Processo de validação do instrumento	39
3.5 O Pré-Teste	42
3.6 O Procedimento de coleta dos dados	42
3.7 Análise dos dados	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5 CONCLUSÕES	74
6 ANEXOS	78
7 REFERÊNCIAS	90
Abstract	
Apêndice	

Lista de figuras

Figura 1.	Gráfico Demonstrativo: Distribuição de freqüência das palavras-chave associadas à definição de corpo pelos pesquisados, 1ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.....	58
Figura 2.	Gráfico Demonstrativo: Distribuição de freqüência das palavras-chaves associadas a definição de corpo pelos pesquisados, 2ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.....	59
Figura 3.	Gráfico Demonstrativo: Importância do conhecimento do corpo pelo fisioterapeuta na opinião dos pesquisados, 1ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.....	62
Figura 4.	Gráfico Demonstrativo: Importância do conhecimento do corpo pelo fisioterapeuta na opinião dos pesquisados – 2ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.....	63

Lista de Quadros

Quadro 1.	Resolução COFFITO nº. 8/78, Artigo 3º. , publicado no Diário Oficial da União nº. 50, de 14/03/78, seção I, parte II, p. 1178.....	20
Quadro 2.	Variáveis estudadas durante a análise quantitativa das respostas do questionário QUACOC fechado.....	45
Quadro 3.	Associação livre de palavras aos conceitos de saúde e doença.....	55

Lista de tabelas

Tabela 1.	Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com a Instituição	45
Tabela 2.	Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com o período	48
Tabela 3.	Programação das temáticas e a metodologia utilizada na disciplina de Sociologia da Saúde no primeiro semestre de 2003	52
Tabela 4.	Descrições das falas mais expressivas em relação à comparação do corpo humano segundo a percepção dos entrevistados, 1ª aplicação, QUACOC aberto	60
Tabela 5.	Descrição das falas mais expressivas em relação a comparação do corpo humano segundo a percepção dos entrevistados – 2ª aplicação, QUACOC aberto	62
Tabela 6.	Atuação do fisioterapeuta em relação ao corpo de acordo com os relatos dos alunos pesquisados, 1ª aplicação – QUACOC aberto ...	65
Tabela 7.	Atuação do fisioterapeuta em relação ao corpo de acordo com os relatos dos alunos pesquisados – 2º aplicação – QUACOC aberto .	66
Tabela 8.	Distribuição de freqüência das disciplinas mais importantes e menos importantes para o curso de Fisioterapia segundo os estudantes na aplicação prévia do questionário	67
Tabela 9.	Distribuição de freqüência das disciplinas mais e menos importantes para o curso de Fisioterapia segundo os estudantes na aplicação posterior do questionário	68
Tabela 10.	Importância da disciplina de Sociologia no Curso de Fisioterapia segundo a opinião dos alunos da UFRN	69
Tabela 11.	Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com a aplicação, em 21 alunos do segundo período	70

Lista de abreviaturas e símbolos

AVC	Acidente vascular cerebral
C	Concordo
CT	Concordo totalmente
CES	Conselho de Ensino Superior
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CNE	Conselho Nacional de Ensino
CONSEPE	Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão
D	Discordo
DT	Discordo Totalmente
DBF	Data Base Format
FREQ	Frequência
MEC	Ministério da Educação
PESC	Projeto de Educação, Saúde e Cidadania
Q	Questão
QUACOC	Questionário de Avaliação da Compreensão do Corpo
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNP	Universidade Potiguar

Resumo

A Fisioterapia vem sofrendo com a influência mecanicista, com a superespecialização e com a fragmentação do saber, que interferem diretamente na compreensão do corpo pelos seus profissionais, além de afetar suas condutas terapêuticas. Preocupado com esta realidade, este trabalho buscou analisar a percepção dos alunos de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Potiguar acerca do corpo humano. Trata-se de um estudo descritivo onde foram avaliados 167 estudantes através de respostas a um questionário de perguntas fechadas, chamado QUACOC – Questionário de Avaliação da Compreensão do Corpo. Buscando a complementação dos dados foi criado, a partir dos objetivos desta pesquisa, o QUACOC de questões abertas, dando liberdade ao aluno de expressar livremente suas opiniões. Este questionário foi aplicado a um subgrupo da amostra composto de 21 alunos da disciplina de Sociologia da Saúde do curso de Fisioterapia. Os instrumentos foram validados por meio das estratégias de painel de experts e de validade de face. O referencial teórico eleito para respaldo das discussões e análises temáticas foi ancorado nos estudos que privilegiam o rejuntamento e a religação dos saberes, representados pelos aportes transdisciplinares. A análise dos resultados foi realizada de forma quantitativa e qualitativa por meio da seleção das palavras-chaves e das “falas” mais expressivas, além da interpretação pela estatística descritiva. As respostas demonstraram que o aluno de fisioterapia pensa no corpo apenas em seu aspecto biológico, negando o entendimento do homem como construção cultural e necessariamente social. Foi confirmada a presença do modelo reducionista, com hipervalorização da especialização precoce, treinamento técnico e considerações puramente biológicas e mecânicas do corpo e sua mobilidade. Provavelmente, o

conhecimento dialógico do corpo humano na formação do fisioterapeuta poderá promover um crescimento em relação ao conceito de saúde e uma verdadeira atuação deste profissional em relação à mesma, sendo o corpo o elo de ligação com o meio social. Portanto, por meio da compreensão do corpo de forma complexa, o fisioterapeuta terá capacidade de assistir seus pacientes considerando as características não apenas biológicas, como também religiosas, políticas, sociais e éticas que se encontram inseridas nesse processo. Finalmente, toda essa discussão sugere a busca de um “olhar” menos técnico, que permita a este profissional enxergar mais do que segmentos corporais que possivelmente irá contribuir para uma visão mais abrangente sobre o paciente e seu contexto social, desencadeando uma maior “humanização do corpo”, dos atendimentos prestados e conseqüentemente, da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: fisioterapia, educação em saúde, corpo.

Abstract

Physical therapy has suffered of a mechanistic influence, with the superspecialization and fragmentation of learning, which interferes directly in the professional's understanding of the body, besides affecting his therapeutic performance. Worried about this reality, this research analyzed perceptions of Physical therapy students from Universidade Federal do Rio Grande do Norte and Universidade Potiguar about the human body. This is a descriptive study where 167 students were evaluated through objective and subjective responses to questionnaires designited QUEB – Questionnaire of understanding body evaluation. Searching the complement of the datas the QUEB open-ended was created, which gives freedom to students to answer freely. This questionnnaire was applicated on a subgroup composed by 21 students of the Health Sociology subject of the Physical therapy course. The validation process of these questionnaires included strategies of a panel of experts and face validity. The theoretical reference analyzed based on the studies which favor the rejoining of knowledge represented by transdisciplinary support. The analysis of the results were performed quantitatively and qualitatively through categorization of the responses selectioning key-words and the most expressive “discourses”, besides using descriptive statistics interpretation. According to the responses, the body thought only thought biologically, ignoring the understanding of man as a cultural and social construction, confirming the presence of the reductionist model, with overvalorization of early specialization, technical training and purely biological and mechanical considerations of the body and its mobility. Probably, the dialogic knowledge of the body human inside Physical Therapist's learning can promote a growth of health's concept and a true activeness of Physical therapy on it, being the body a link with social environment. So, through understanding of the body as a complex form, the physical therapy will be able to attend your patients considering their biological characteristics, but so the religious, political, social and ethics. Finally, this reflection suggests a search for a less technical vision, which allows the professional to discern more than segments of the body and which will contribute to a wider understanding of the patient and his social context, leading to greater “humanization of the body”, improvement in services and consequently, in the quality of life of these patients.

Key-words : Physical Therapy, healthy education, body

1 INTRODUÇÃO

A visão reducionista e mecanicista que compara constantemente o corpo a uma máquina, ainda é muito forte e está praticamente presente na formação profissional de todos os cursos da área médica. Essa visão é muito bem exemplificada, conforme descrito por Gava (2004), na disciplina de Anatomia que é ministrada no início de qualquer curso dessa área, onde os alunos deparam-se com ossos, músculos e órgãos, partes de corpos, como peças de uma máquina desmontada, buscando compreender o funcionamento de cada uma. Além disso, o primeiro contato dos estudantes da área de saúde com o corpo humano vem de cadáveres, corpos ou pedaços de corpos sem vida, os quais são manipulados e observados sem maiores constrangimentos ou preocupações. Este comportamento descompromissado com o corpo do outro pode se manter para sempre em sua vida profissional. A doença acaba se inserindo nesse contexto como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos ou como uma avaria que os profissionais da saúde devem aprender a consertar ou reparar com os recursos que cada profissão dispõe.

Como fruto desse meio está o fisioterapeuta: um profissional que ainda segue o modelo médico tradicional, mas que passa por vários dilemas na sua vida prática. É esse profissional quem trabalha com o toque no corpo do outro, de uma forma muito próxima e incisiva. Não é possível tocar um paciente de forma terapêutica sem um mínimo de vínculo e esse profissional não lida apenas com a doença, mas também com suas seqüelas, sejam elas de ordem física, psíquica ou social. Infelizmente, nem

sempre o que é ensinado durante a formação acadêmica é suficiente para dar conta ou cumprir satisfatoriamente esta tarefa (Gava, 2004)

A literatura que trata da abordagem do corpo, no curso de Fisioterapia, consta de temas ligados a cinesiologia, biomecânica, fisiologia e anatomia que, desde a década de 50, apresentam uma visão mecânica do corpo, da postura e do movimento, semelhante à proposta no século XIX: “o corpo é uma máquina muito adaptável que pode funcionar bem, ainda que nem sempre uma postura ideal possa ser obtida”, Vieira (1998). Outros autores como Kendall, Rasch e Burch, ainda muito utilizados na formação do fisioterapeuta, fazem uma análise segmentar do corpo. Além disso, alguns livros deixam transparecer que é possível encontrar, no ser humano, explicações que sejam estritamente fisiológicas para determinados problemas.

Para Rebellato e Botomé (1999), os documentos oficiais relativos ao profissional da Fisioterapia, como os pertencentes à saúde em geral, parecem ter sido elaborados sob a ótica da concepção “saúde-doença”, portanto, são baseados numa concepção dicotômica, fragmentadora dos conhecimentos no campo de saúde. Por sua vez, a assistência à saúde, apesar do conhecimento e da tecnologia que já dispomos em pleno século XXI, ainda é feita em níveis ainda indesejáveis. Em geral, a “doença” parece ser a parte desse objeto que mais recebe atenção, obscurecendo as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população, na qual a formação profissional deveria estar centrada.

Assim, a fragmentação dos saberes está presente em diversas carreiras profissionais, favorecendo a existência de uma ampla tendência à formação de especialistas. Conseqüentemente, sabe-se mais sobre o particular do que sobre o todo, sem a preocupação de avançarmos no sentido de um melhor entendimento dos fenômenos humanos universais.

Conforme Silva (2001), os riscos do processo de fragmentação do conhecimento são inúmeros, inclusive dentro de uma única área, os estudos tornam-se tão especializados que perdem a coerência e a capacidade de reconhecer outras pesquisas que tragam implicações importantes para os sujeitos que estão sendo investigados. Outro problema decorrente da fragmentação e especialização do conhecimento das ciências da saúde é que se perde de vista o indivíduo enquanto ser humano e reduz-se a saúde a um funcionamento mecânico, preocupada com o fenômeno da cura. Parece que há a desvinculação do objeto de estudo do evento que está sendo estudado, como se as células, por exemplo, quando são examinadas, não fizessem parte dos seres humanos com toda a complexidade e implicações daí derivadas. Essa concepção parece estar se difundindo pelo mundo e sendo interiorizada pelos indivíduos, que passam a considerar a si mesmos constituídos de grande número de fragmentos: de átomos a órgãos.

Portanto, a Fisioterapia vem sofrendo com a influência mecanicista, com a superespecialização e com a fragmentação do saber, que interferem diretamente na compreensão do corpo pelos seus profissionais, além de afetar suas condutas terapêuticas. Talvez, hoje, mais do que há algumas décadas, exista um maior intercâmbio entre esses conhecimentos, mas, ainda assim, o fisioterapeuta compreende o próprio corpo e o corpo do outro (paciente) de uma maneira fragmentada do seu todo. Como será, portanto, que os estudantes de Fisioterapia da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, percebem o seu corpo e o corpo do outro? Durante a sua formação universitária, em algum momento, eles foram preparados a partir de uma perspectiva transdisciplinar do corpo humano? Questões como estas delimitaram essa pesquisa que pretendeu apreender essa percepção em diferentes

níveis. Para compreendê-la é imprescindível a análise do Currículo do Curso e das Diretrizes que orientam o Projeto Político Pedagógico de cada Instituição Universitária.

Essas discussões, reflexões e inquietações despertaram para o desenvolvimento desta pesquisa. Enquanto docente há 11 anos, sempre me deparei com a situação de alunos se referindo aos pacientes como braços, pernas, coluna, pulmão ou como se não bastasse, como patologias, sendo freqüentes as citações “o paciente da lombalgia, a paciente do AVC”, etc.

Embora haja um ciclo de matérias de formação geral (incluindo disciplinas de ciências sociais e humanas, como sociologia, antropologia, psicologia e saúde pública) que abrangem o estudo do homem, de suas relações sociais e o processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, parece ocorrer uma grande resistência dos alunos quanto a estas disciplinas, já que a sua formação acadêmica é quase completamente voltada ao corpo, às doenças do corpo e à cura do corpo, numa visão mecanicista de tratar e curar a parte doente e não de olhar para o todo. Portanto, parece que a grande dificuldade encontrada nos bancos acadêmicos é a de trabalhar com a saúde, a prevenção e não só com a doença e a cura de problemas já instalados.

De acordo com o tema proposto e a abordagem prevista para esta pesquisa, o referencial teórico eleito para respaldo das discussões e análises temáticas foi ancorado nos estudos que privilegiam o rejuntamento e a religação dos saberes, representados pelos aportes transdisciplinares e pela humanização da saúde. Neste momento, procuramos estabelecer articulações entre as informações obtidas e o aporte teórico da pesquisa. Foram fundamentais, como fio condutor da análise, os estudos de Morin (1991, 2000, 2001a, 2001b, 2002), Capra (1995), Maturana (1995), Mearleau-Ponty (1996), além dos trabalhos de Rebelatto e Botomé (1999) e Rocha (2002).

São fundamentais todas essas discussões a respeito das mudanças de paradigmas, pois implicarão em uma articulação diferenciada de discursos e abordagens terapêuticas, bem como dos objetivos para com aqueles que procuram a ajuda do fisioterapeuta. As reflexões a respeito do corpo próprio e sobre o corpo no qual o fisioterapeuta interfere, provavelmente, irão desencadear uma maior “humanização do corpo”, dos atendimentos prestados e conseqüentemente, da qualidade de vida dos pacientes (Medina, 1998). Para Volp, Scwartz, Deustsch (1995), “o corpo humano é a principal relação entre os diferentes contextos biopsicossociais”, portanto, sua compreensão de uma maneira mais complexa irá desencadear uma plena atuação do fisioterapeuta em relação à saúde.

1.1 Objetivos

Esta pesquisa objetivou analisar a percepção que os alunos do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Potiguar possuem acerca do seu corpo e do corpo do outro, contribuindo, através de sugestões de mudanças curriculares, para a ampliação da compreensão de corpo pelos alunos do curso de Fisioterapia, estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o sujeito de estudo, de trabalho e das suas práticas profissionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Corpo e Saúde: dos primórdios aos nossos dias

A palavra “corpus” do latim, de acordo com as definições de Chebabi (1999), ganha em sua origem os significados de forma, beleza e ordenamento. O corpo é considerado como o “lugar do indivíduo” e serve de mediador entre a individualidade e a coletividade, estando também impregnado de símbolos culturalmente partilháveis e comuns (Bendassolli, 2001). Desse modo, o corpo é um objeto de exposição externa que possui um vínculo social a partir de um desenho espacial; é um lastro do indivíduo e de sua pretensa intimidade. A vida é cotidianamente inscrita e expressa no e pelo corpo, ele é o relato de uma forma de ser no mundo e a maneira como o homem percebe seu corpo está estreitamente ligada à sua vida em sociedade. Seu comportamento, sua relação consigo mesmo e com o outro dependem da construção social, que resulta de um processo histórico. Portanto sua forma de pensar, agir e sentir são produtos de sua interação com o mundo (Porpino, 1996).

Por sua vez, a saúde era considerada, nos primórdios da civilização, como uma benção dos deuses. As explicações das enfermidades eram voltadas para o sobrenatural. O vínculo entre a doença, cura e fenômenos sobrenaturais data do período das antigas civilizações, quando curador, médico e sacerdote eram funções exercidas pela mesma pessoa. Nessas considerações históricas percebe-se que a prática da Medicina oriental, mais particularmente a chinesa, apresentava uma

concepção holística. Baseado nisto, gerou-se o conceito que saúde e doença não eram provocados por espíritos protetores e maléficos, mas pelo equilíbrio e desequilíbrio das energias responsáveis pela vida e pelo universo. (Ibañez e Marsiglia, 2000; Rocha, 2002b).

A partir da civilização greco-romana ocorreu a ruptura dos conceitos mágico-religiosos e a criação de um saber específico. O legado escrito desse saber, chamado “Corpo Hipocrático” influenciou a Medicina antiga e atual com uma visão mais global, baseando sua terapêutica nas reações naturais de defesa do organismo. Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina” evidenciava uma compreensão da saúde relacionada com a harmonia do homem consigo e com a natureza. A noção de totalidade, presente em seus trabalhos, baseada nas práticas holísticas de saúde, é notada em declarações como “se uma pequena parte do corpo padece, todo o seu sofrimento será comunicado ao resto do corpo” (Rocha, 2002b).

Durante o período da Idade Média, ficou sob total controle da igreja a responsabilidade da educação e do ato de curar, sendo a concepção de doença, como punição pelo pecado, pregada e aceita pela população. O doente, na visão cristã, passou a ser um indivíduo digno de compaixão e auxílio, dentro dos princípios da caridade. Ocorreu, nesta época, uma interrupção no avanço dos estudos principalmente relacionados à saúde. Apesar da obra de Paracelso¹ possuir uma visão de integralidade do doente, da mesma forma que o modelo de Hipócrates, as orientações religiosas prevaleceram neste período (Ibañez e Marsiglia, 2000, Rocha, 2002b).

Manoel (2000), registra a presença da concepção do corpo como objeto, quando o homem é visto como um composto formado pela matéria do mundo e pela matéria espiritual, dissociando-se o corpo do espírito. Também a descrição da origem do

homem, a partir de um boneco de barro dada pela bíblia e registrada pelos gregos, privilegia o divino e trata o corpo como utensílio, que assume status de objeto físico, máquina formada por peças anatômicas e fisiologicamente funcionais. Na era medieval, o corpo serve para a peregrinação do homem na terra. Esse tratamento dado ao corpo no passado repercute, de forma negativa, na sua atual abordagem: “corpo como instrumento de guerra”, “máquina de trabalho”, excluindo sua utilização prazerosa.

Um dos fatores que provavelmente contribuiu para a apreensão do corpo como simples objeto nas ciências da saúde, de acordo com Vieira (1998) foi a dissecação de cadáveres. Até a modernidade, por questões religiosas e éticas, o corpo humano não era investigado a partir do seu interior: a dissecação dos cadáveres era crime capital. Com a separação entre ciência e teologia, a dissecação pôde ser aceita. O corpo vivo cedeu lugar ao corpo neutralizado na mesa de dissecação, tornando-se objeto manipulável.

O período do Renascimento e da Idade Moderna, segundo Santin (1990) e Rocha (2002b), foram marcados pelas pesquisas em anatomia apoiadas pelos artistas Leonardo da Vinci e Michelangelo, que registraram ricos detalhes de órgãos, tecidos e nervos do corpo. O conhecimento dogmático da igreja não foi mais aceito e o corpo humano foi medido, dissecado, explorado e explicado como uma máquina complexa. Os médicos passaram a buscar a explicação das causas das doenças através de estudos anatômicos.

Portanto, a medicina contemporânea tornou-se a medicina do “homem cortado aos pedaços”, onde a preocupação com o equilíbrio do conjunto dos organismos, com

¹Médico de origem suíça que usava este nome porque se opunha ao representante da medicina galênica: Celso (Rocha,2002b)

a coordenação das funções vitais é quase nula. Se, de um lado, os novos conhecimentos anatômicos, fisiológicos criaram novas dimensões para o corpo humano, de outro, as explicações das escolas mecanicistas e químicas propiciaram um olhar puramente clínico para o paciente. Claude Bernard, fundador da fisiologia, descreve em seus trabalhos: “o homem é um cérebro sobre patas” (Vieira, 1998).

Assim as ciências modernas se desenvolveram, a partir das contribuições de Galileu, do raciocínio analítico de Descartes e da mecânica de Newton. Para Descartes, o homem era essa dualidade mente e corpo, sendo que o corpo é a máquina criada de uma maneira racional e funcional. O funcionamento da máquina humana é revelado pela perfeita conexão entre as partes que compõe o todo. Para ele, a natureza tornava-se inteligível ao ser fragmentada e colocada sob o domínio da razão instrumentalizada. Só era válido o conhecimento sobre o qual não pairavam dúvidas, acreditando que a matemática era capaz de assegurar essa certeza científica. À suas idéias é atribuída a grande dicotomia existente até hoje entre a matéria e o espírito. Seu método analítico e redutor propunha a decomposição dos fatos e sua ordenação lógica para que fosse possível o conhecimento dos fenômenos. Os estudos de Isaac Newton (1642-1727) também repercutiram nas ciências biomédicas, destacando-se a necessidade da interpretação racional dos experimentos, evitando-se dessa forma teorias inconsistentes. A consolidação dos seus princípios dentro da formação do profissional da saúde é atribuída ao filósofo Immanuel Kant. A posição Kantiana trouxe como consequência a separação da ciência e da sabedoria, afastando da ciência todo o conjunto de valores que não se enquadravam nos moldes mecanicistas. A cuidadosa observação do doente como fizera Hipócrates foi sendo aos poucos, substituída pelo raciocínio dedutivo (Rocha, 2002b; Ibañez e Marsiglia, 2000).

Esta visão mecanicista dos organismos vivos, de acordo com Santin (1990), possibilita chegar a conclusões do tipo: “o estômago é um destilador, as veias, as artérias e o sistema interno de vasos são tubos hidráulicos, o coração é uma mola, os pulmões constituem um fole e os músculos são apenas cordas”. O corpo comparado ao objeto e seu funcionamento ao das máquinas, tornou-se parte integrante do avanço tecnológico e acessível ao conhecimento.

Com a Revolução Industrial, a medicina recebeu grande estímulo para seu progresso. Ao mesmo tempo se instalou um grande desequilíbrio entre o avanço técnico e desenvolvimento social: o progresso científico a encareceu de tal maneira que grandes setores da população não podiam pagar por ela. No que diz respeito à saúde e à doença, a Revolução industrial teve como conseqüências a grande migração de pessoas da zona rural para as cidades com precária infra-estrutura de saneamento. Além da proliferação de doenças infecto-contagiosas, ocorreu um grande numero de acidentes de trabalho e de patologias psicossociais, provocadas pelo excesso ou pela má adaptação ao trabalho (Ibañez e Marsiglia, 2000).

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), os séculos XIX e XX foram marcados pelo desenvolvimento das especialidades médicas, hospitalocentrismo e tecnificação do ato do diagnóstico terapêutico. As especializações no ambiente de trabalho eram favoráveis à indústria, pois a ela não interessava uma percepção global do problema. Em relação às enfermidades, o tratamento deveria utilizar técnicas diretas e efetivas de “conserto” e “reabilitação” do indivíduo para que ele retornasse mais rápido às suas atividades.

A idéia da unicausalidade na origem das patologias foi favorecida pelas descobertas sobre as bactérias e os vírus. Estes avanços microbiológicos não estimularam a identificação das condições de vida, de trabalho e de higiene ambiental.

Louis Pasteur (1822-1895) mudou as bases das ciências biomédicas através da sua teoria microbiana, mas seus registros demonstravam sua insatisfação em relação à concepção reducionista da doença. Uma amostra disto era que ao considerar uma enfermidade, ele propunha que tanto o meio interno quanto o externo deveria ser analisado. Porém, este pensamento não foi mantido por seus seguidores que centraram sua atenção sobre o comportamento dos microorganismos, fortalecendo sua teoria de uma etiologia específica para as doenças. A teoria microbiana das doenças difundiu-se por todas as disciplinas médicas, originando a teoria específica das doenças que estava diretamente relacionada com os fundamentos cartesiano-newtonianos da ciência moderna, pois fortalecia a relação causa-efeito preconizada por essa concepção. Além disso, houve uma forte influência da filosofia positivista de Augusto Comte sobre as ciências médicas do século XIX e que é encontrada ainda nos dias de hoje (Rocha, 2002b).

Com base na visão positivista, a unicausalidade estabelece-se como um paradigma na explicação da doença nas diversas profissões da área de saúde. A idéia de multicausalidade somente veio a se desenvolver a partir dos anos 50, a partir daí, distintos modelos de saúde e de corpo que foram idealizados, evoluíram para propostas e orientações que diziam respeito à saúde pública, exigindo um planejamento em relação às ações de saúde. Diante do medo das doenças e epidemias associado ao crescimento das áreas de investigação das Ciências Sociais, “saúde/doença/corpo” foram sendo enfocados nas últimas décadas, não só pela ótica das Ciências Biológicas, mas por uma visão ampliada que alcança o campo da transdisciplinaridade (Chammé, 2000).

Da crença que as doenças seriam causadas por demônios, maus espíritos e castigos divinos até as mais avançadas descobertas científicas e tecnológicas da

saúde, característica da atual medicina científica, passamos por um longo processo evolutivo histórico da Medicina que, definitivamente, influenciou todo o processo educacional dos profissionais da saúde.

2.2 Corpo e o processo saúde-doença na história da Fisioterapia

“Em 1904, o médico Adolpho Gomes Pereira profetizou, em sua tese intitulada *Physioterapia*, que a Fisioterapia seria uma profissão de saúde de grande futuro e ele estava certo...”(Barros, 2002, p.7)

A partir do século XIX surgem novas especialidades médicas e, com elas está a origem da Fisioterapia, caracterizada pela aplicação de exercícios e de meios físicos (calor, água, movimento) a pessoas enfermas e debilitadas.

A origem do profissional fisioterapeuta parece estar associada ao surgimento de pessoas fisicamente lesadas em decorrência das grandes guerras. No Brasil, o início da Fisioterapia implantou-se como possibilidade de solução para os altos índices de acidentes de trabalho, além da grande incidência de poliomielite, com conseqüente quantidade de pessoas sequeladas. Teve seu início como profissão de nível superior apenas a partir do ano de 1969 e, apesar de ser uma profissão jovem, sua prática vem sendo descrita desde os primórdios da civilização (Gava, 2004; Rebelatto e Botomé, 1999).

Na Antiguidade (4000 a.C. a 395 d.C.) havia uma grande preocupação quanto às doenças. Já se utilizava a eletroterapia sob forma de choques com peixe elétrico e a ginástica curativa, baseada principalmente em exercícios respiratórios. Na Grécia havia uma preocupação que ultrapassava a questão “corpo doente”, pois o pensamento principal para a saúde era de “mens sanna in corpore sanno”, (Manoel, 2000). Hipócrates (460 a 377a. C.) já citava tratamento de fraturas e luxações utilizando aparelhos de tração identificados como “banco de Hipócrates” (Salem, 2002). Rebelatto

e Botomé (1999), descrevem que Galeno (130-201d. C.) já utilizava a ginástica para tratamento de deformidades.

Na Idade Média (séculos IV a XV), época de interrupção no avanço dos estudos e atuação na área da saúde, o exercício físico só existia com o objetivo de aumento da potência corporal ou como lazer para os trabalhadores (Rocha, 2002b).

No Renascimento (séculos XV a XVII), o homem passa a visualizar outros níveis de abrangência de aplicação das ações de saúde além do âmbito apenas curativo. Mercurialis propôs uma metodologia para a prática do que denominou ginástica médica, que compreendia a indicação regular de atividade física, exercícios para conservação da saúde para indivíduos enfermos com quadro progressivos, exercícios individuais indicados aos convalescentes e exercícios para pessoas sedentárias. A retomada dos estudos relativos ao cuidado com o corpo e a revitalização do culto ao físico são características desta fase (Rebelatto e Botomé, 1999).

Data do século XVII os primeiros trabalhos sobre a mecânica da marcha, anatomo-fisiologia da contração muscular e a fisioterapia enquanto especialidade. Sob a influência dos métodos cartesianos surgiram ainda estudos sobre alguns conceitos de músculos estriados e lisos, cálculos matemáticos que envolvem desde a força muscular de segmentos corporais e órgãos como o coração, estômago, até o cálculo do tempo de vida das pessoas a partir do ritmo cardíaco. Para estes pesquisadores a doença era o resultado do desgaste ou do desarranjo dos mecanismos orgânicos (Rocha, 2002b).

O período da industrialização (séculos XVIII a XIX) foi marcado pelos cuidados com os problemas de saúde decorrentes do advento da revolução industrial, como por exemplo, os acidentes de trabalho. A Fisioterapia, de acordo com Rebelatto e Botomé (1999), estava associada ao controle de problemas que impedissem o indivíduo de produzir ou para que ele deixasse de ser um incômodo para a sociedade (neste caso a

classe dominante) ou para os processos de produção (neste caso o lucro). As relações de produção valorizaram a exploração do trabalho e a assistência à saúde ficou restrita ao atendimento da população já lesada, já acometida de males que deveriam ser controlados, de forma que não perturbassem o sistema social. Partindo desse pressuposto, o desenvolvimento de profissões no campo da saúde como a Fisioterapia continuaram e continuam – baseados em conceitos biológicos voltados para a eliminação de fatores individuais ou de pequenos grupos. A industrialização parece ter inibido uma proposta de atenção preventiva em função da predominância de uma assistência “curativa”, “recuperativa” e “reabilitadora”, mais adequada à realidade social e econômica vigentes, em que o povo era a força de trabalho, enquanto a nobreza e os ricos utilizavam a seu favor os benefícios que a indústria e a tecnologia colocavam a seu dispor para aumentar seus lucros e produções.

Neste mesmo período surgem as primeiras publicações ligadas a eletrobiologia com pesquisas de Luigi Galvani, John Hunter e Duchenne de Boulogne. O avanço em relação à ginástica foi representado por Don Francisco e Ondeano Amorós, relacionando a ginástica à terapêutica, propondo uma divisão para os exercícios que incluía a Cinesioterapia. É desta data o surgimento dos primeiros ensaios propondo a adequação dos exercícios à condição de saúde da pessoa, indicando para o futuro o surgimento do que é hoje a atuação do profissional fisioterapeuta e que favoreceu o caráter curativo/reabilitador que a profissão apresenta (Rocha, 2002b).

A própria composição do nome FISIOTERAPIA limita a atuação do profissional, deixando apenas a possibilidade de trabalho na reabilitação ou recuperação das condições que o organismo perdeu, excluindo outras modalidades como a prevenção, a manutenção e a promoção de melhores condições de saúde. Segundo Rebellato e Botomé (1999), estas modalidades fazem parte do Código de Ética Profissional do

Fisioterapeuta que apresenta como seu dever profissional a promoção da saúde do homem.

Portanto, a Fisioterapia iniciou o século XX e praticamente chegou ao seu fim ainda limitada quanto a sua atuação. A assistência à saúde, apesar do conhecimento e da tecnologia que já dispomos em pleno século XXI, é feita em níveis ainda indesejáveis. Em geral, a “doença” parece ser o problema que mais recebe atenção, obscurecendo as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população (Rebellato e Botomé, 1999).

Enfim, na história da atuação do fisioterapeuta, a doença aparece como um fenômeno isolado da saúde. A concepção dicotômica presente, que associa as condições orgânicas do indivíduo ou de uma comunidade à saúde ou à doença, reduz o pensamento a uma idéia de que o indivíduo saudável é aquele que não está doente e o doente, aquele que não tem saúde, o que se conclui que a causalidade do processo saúde-doença na Fisioterapia tem se mantido estagnada no decorrer do tempo. Ainda para Rebellato e Botomé (1999), a atribuição da ocorrência de morbidades a uma única causa parece ter servido essencialmente para encobrir transtornos sociais produzidos pelo capitalismo.

O que se observa é que a Fisioterapia não pode ignorar todas essas questões da atualidade e deve acompanhar esta evolução, entendendo que a questão do processo saúde-doença não constitui apenas um problema teórico e acadêmico, mas essa compreensão e interpretação é o ponto de partida para que ocorra um salto qualitativo no exercício profissional dos Fisioterapeutas, além de sua atualização histórica e científica (Nunes, 2000, Rebellato e Botomé, 1999).

2.3 A influência flexneriana na formação universitária do profissional de saúde

“A concepção de corpo fragmentado, que pode ser exemplificado na divisão de corpo em cabeça, tronco e membros no 1º. Grau, vai até a universidade com estudos de uma anatomia dos corpos mortos e divididos”. (Porpino, 1996, p.58).

A educação e a saúde serviram à classe dominante como instrumento de cerceamento, de domesticação das classes populares, onde se ignorava o conhecimento e a realidade dos indivíduos. A criação das primeiras escolas de Medicina data da Idade Média, com pleno controle da igreja e atenção voltada aos doentes e necessitados, apesar de relatos apontarem que, por volta do século IX, a medicina islâmica já era institucionalizada. Quando a igreja foi retirada do espaço científico e médico, os governantes passaram a ter um certo domínio dos centros universitários, mas estes ainda ficavam sob orientação dos jesuítas. Tentando escapar do poder governamental e da igreja surgiram as Sociedades Científicas, responsáveis pelo significativo avanço das ciências durante o século XVII (Ibañez e Marsiglia, 2000; Rocha, 2002b).

O ensino superior no Brasil tem uma história relativamente recente, em comparação com a América Espanhola, onde as primeiras universidades foram fundadas por volta de 1530. De acordo com Canesqui (2000), o surgimento de escolas médicas no Brasil vem da época do império, quando foram criadas as primeiras na Bahia e no Rio de Janeiro, nos meados do século XIX. A formação médica brasileira manteve, num primeiro momento, fortes laços com as tradições do pensamento europeu (alemão e francês) e num segundo momento, a partir de 1940, com a reforma do ensino médico proporcionada pelo Relatório Flexner² de 1910, com o pensamento americano.

Esse Relatório foi criado a partir do resultado da avaliação das 155 escolas médicas existentes dos Estados Unidos na época objetivando a reorganização das

escolas americanas de acordo com o ideal de objetividade científica moderna. As críticas e sugestões de Flexner estavam de acordo não só com o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna, mas também com a ideologia das corporações capitalistas. Em resumo, esse relatório afirmava que o corpo humano era conceituado segundo sistemas e órgãos independentes e a ênfase era dada à necessidade de permitir ao aluno o domínio total da ciência médica (Guterman, 2002).

A influência do Relatório Flexner trouxe alguns paradoxos a formação em saúde: a grande preocupação com a alta tecnologia em atendimentos na saúde e na realidade a incapacidade da maior parte em acessá-la; a atenção maior ao tratamento de doenças e menor quanto à prevenção. Esse modelo educacional tem contribuído para a formação de profissionais portadores de aprofundamento técnico, individualista, mecanicista e biologicista, capazes de proporcionar atenção cada vez mais especializada para os setores privilegiados da sociedade, obstaculizando a integração dos determinantes sociais no fenômeno saúde/doença (Canesqui, 2000, Guterman, 2002).

De acordo com esse relatório, o profissional teria um diploma que lhe certificasse o completo domínio da ciência médica e não a capacidade de curar o paciente. Sua influência reforçou a formação médica dominada pelas correntes neopositivista, que somadas a uma concentração em partes cada vez menores do corpo fizeram e ainda fazem que a medicina perca de vista o paciente como ser humano, dificultando a compreensão da interdependência de corpo e mente (Canesqui, 2000; Rocha, 2002a; Santana, Campos e Sena, 2004).

² FLEXNER, A Medical Education in United States and Canadá: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Boston: The Merrymont Press, Bulletin, (4), 1910

Apesar da grande preocupação científica, em oposição ao empirismo, o Relatório Flexner apresentava ainda alguns aspectos relativos a formação humanística e social, citando o médico ideal como uma pessoa sensível e educada. Ao mesmo tempo em que era criticado pelos cientistas, temendo que a medicina voltasse ao seu antigo empirismo, também era pelos humanistas, que consideravam diversos pontos enganosos a respeito dos avanços científicos. Infelizmente, até hoje não existe uma harmonia entre a formação humanística e a científica. Portanto, o paradigma flexneriano, vital ao desenvolvimento do ensino médico e das demais áreas da saúde ligadas a esse desenvolvimento, mostra, na atualidade, sinais de esgotamento, exigindo a construção de novos modelos de formação e capacitação dos recursos humanos em saúde (Rocha, 2002b, Santana, Campos e Sena, 2004).

A solução para se descobrir qual deve ser o verdadeiro papel das universidades, segundo Morin (2001a), está no fim da disjunção radical dos saberes entre disciplinas e a enorme dificuldade em se estabelecer um ponto institucional entre essas disciplinas, que impede a organização do conhecimento – ou seja – o pensar. A reforma do pensamento exige a reforma da universidade. Ele afirma ainda que podemos ter uma faculdade dos problemas globalizados, caso a reforma do pensamento passasse a transdisciplinaridade. A universidade deve comportar-se como uma oficina destinada a problemáticas complexas e transdisciplinares.

Historicamente, percebe-se que no século XIX, a universidade soube responder ao desafio de desenvolvimento das ciências, ao realizar sua grande transformação, mas não conseguiu se libertar da forte influência econômica que a tornou mercadorizada. Atualmente, os problemas da educação tendem a ser reduzidos a termos quantitativos: “mais créditos”, mais ensinamentos”, “menos rigidez”, “menos matérias programadas”, menos carga horária. É preciso haver uma reforma de

diminuição de carga horária, de organização, mas essas modificações sozinhas não passam de “reformazinhas” segundo Morin (2001a), que camuflam ainda mais a necessidade da reforma do pensamento. Enquanto a universidade priorizar a hiperespecialização, visando o mercado, será impedida de ver o global, bem como o essencial. Chegamos, portanto a um impasse: “não se pode reformar a instituição sem uma prévia reforma das mentes, mas não se podem reformar as mentes sem uma prévia reforma das instituições” (Morin, 2001a, p.99).

2.4 Legislação e a Formação Universitária do Fisioterapeuta

No Brasil, a Fisioterapia inicia-se no final do século XIX, com a criação do serviço de Eletricidade Médica e Hidroterapia da Cidade do Rio de Janeiro: a Casa das Duchas, como era conhecida e até hoje existe naquela cidade. Ainda no Rio de Janeiro, precisamente no Hospital da Misericórdia, o médico Arthur Silva cria, em 1884, o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul (Gava, 2004). De acordo com Marques e Sanches (1994), a Fisioterapia no Brasil teve sua prática instituída a partir de 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O processo de formação e a prática clínica do fisioterapeuta estiveram, desde o início, vinculados à Medicina e os fisioterapeutas caracterizavam-se por serem eminentemente técnicos. O primeiro documento legal indicando o profissional de nível superior para o exercício da Fisioterapia é o Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação, o qual definia o fisioterapeuta como técnico e auxiliar do médico, limitando a prática da Fisioterapia à execução de técnicas, terapêuticas e reabilitadoras, recomendadas pelo médico. O reconhecimento legal da autonomia profissional ocorreu

através do Decreto-Lei 938/69 que estabeleceu como atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (Rocha, 2002b; Gava, 2004).

A partir da Resolução nº 8/78 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) é que foram explicitados os atos privativos dos fisioterapeutas, ou seja, algumas de suas competências. Essa resolução, além de considerar o planejamento, a programação e a execução de métodos e técnicas fisioterápicas visando à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, também registra:

Art. 3º. Constituem atos privativos do fisioterapeuta prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de:

I - ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, hidroterápico, aeroterápico, fototerápico, eletroterápico ou sonidoterápico, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingí-lo;
- b) a fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
- c) a região do corpo do cliente a ser submetida à ação do agente terapêutico;
- d) a dosagem da frequência do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma; e
- e) a técnica a ser utilizada; e

II - utilização, com o emprego ou não de aparelho, de exercício respiratório, cárdio-respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuro-muscular, de regeneração muscular, de relaxamento muscular, de locomoção, de regeneração osteo-articular, de correção de vício postural, de adaptação ao uso de ortese ou prótese e de adaptação dos meios e materiais disponíveis, pessoais ou ambientais, para o desempenho físico do cliente, determinando:

- a) o objetivo da terapia e a programação para atingí-lo;
- b) o segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
- c) a modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
- d) a técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;

e) a orientação ao cliente para a execução da terapia em sua residência, quando for o caso:

f) a dosagem da frequência e do número de sessões terapêuticas, com a indicação do período de tempo de duração de cada uma.

Quadro 1: Resolução COFFITO nº. 8/78, Artigo 3º. , publicado no Diário Oficial da União nº. 50, de 14/03/78, seção I, parte II, p. 1178.

Rocha (2002b) descreve a visão fragmentada do corpo percebida nesse documento, pois além da preocupação com a função do fisioterapeuta em relação aos seus aspectos técnicos, as ações voltadas para o corpo humano referem-se a segmentos e/ou regiões do corpo, não fazendo referência às repercussões que qualquer alteração ou intervenção possa trazer ao indivíduo como um todo.

Rebellato e Botomé (1999), durante sua profunda análise dos documentos que orientam a prática e a formação dos profissionais fisioterapeutas, traçam uma crítica ao teor dessa legislação, considerando que profissionais de formação de nível superior deveriam ir além de execução de técnicas e métodos reabilitadores, estando aptos para desenvolver ensino, pesquisa e extensão, além de participarem da identificação de problemas da comunidade e na proposição de soluções pautadas na realidade onde estejam inseridos. Os limites da prática profissional, impostos pela legislação, desencadearam dificuldades para o fisioterapeuta se inserir na área de saúde pública e das coletividades, em todos os seus aspectos e influenciaram a formação profissional, percebida através da análise dos currículos oriundos do Ministério da Educação (MEC).

Hoje, os cursos de Fisioterapia deparam-se, por um lado, com a realidade da estrutura clássica do ensino de saúde e, por outro com a prática que pede um maior envolvimento com o ser humano. O único documento oficial da Fisioterapia que se refere à preocupação com o ser humano é a Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional. No seu Artigo 1º. consta:

“O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde; respeitar a vida humana; jamais colocar em risco a integridade física e psíquica do ser humano; prestar assistência ao indivíduo, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, independente de qualquer consideração relativa à etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômicas; utilizar seus conhecimentos técnicos e científicos para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano... (Gava, 2004, p. 72)”

O Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta apresenta como seu dever profissional a promoção da saúde do homem, mas a forma como este documento lida com a questão do ser humano ainda é superficial e tênue, pouco serve de base para nortear os cursos de graduação sobre o tema (Rebelatto e Botomé, 1999; Gava, 2004). Ele também deixa de referir-se às ações fisioterapêuticas em suas especificidades, ou seja, apresenta um conteúdo de caráter holístico e humanista, mas, infelizmente, não relaciona à prática fisioterapêutica (Rocha, 2002b).

De acordo com Gava (2004), a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, além de trazer uma autonomia universitária avaliada e uma flexibilidade aos cursos, tira de cena o currículo mínimo e coloca em destaque as Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico.

A Fisioterapia, como especialização já era citada desde 1864, quando havia a separação entre exercícios para o tratamento de enfermos e exercícios para o tratamento de pessoas sãs, fazendo com que a atuação deste profissional ficasse restrita aos lesados, acometidos por algum tipo de doença (Rebelatto e Botomé, 1999).

Desde os primórdios, os fisioterapeutas são desencorajados das abordagens mais amplas e diversificadas. Além disso, a preocupação quase exclusiva com a patologia, com a terapia e com as técnicas fisioterápicas são, de certa forma, uma clara

negação e ignorância das múltiplas contribuições para se definir a atuação em Fisioterapia. O “fazer” é tão importante quanto o exame e questionamento desse fazer como algo determinado pelas condições sociais, históricas e científicas existentes e que pode ser separado com o avanço do conhecimento das transformações sociais, ou mesmo pelas interações entre diferentes agentes ou dados existentes na sociedade na qual se realiza a atuação profissional.

A literatura relata que os estudantes geralmente percebem uma inconsistência entre a teoria e a prática (Strohschein, Hagler e May, 2002), decorrente da hiperfragmentação. De acordo com um estudo de Graham (1996), tanto o conhecimento da Fisioterapia quanto a sua atividade prática na universidade devem estar situados dentro da interação de atividade/contexto /cultura e deve ser desenvolvida envolvendo a complexidade social. Quanto mais o conhecimento for apenas “reproduzido” e “transmitido”, em vez de também ser produzido, levando em consideração a realidade circundante, mais distante estarão os futuros profissionais de obter resoluções para os problemas da população do país. Dessa forma, a concepção de universidade como uma organização capaz de produzir conhecimento e como local de debates sobre as soluções alternativas para os problemas do País, perde terreno para essa concepção acentuadamente “reprodutiva e transmissora” de informações práticas e em geral, técnicas.

Para Tani (1996), mesmo sendo alvo de muitas críticas, as implicações da especialização excessiva, da fragmentação do conhecimento e seus efeitos na formação profissional do fisioterapeuta não têm sido adequadamente discutidas pelos órgãos formadores. Já existem algumas discussões sobre a necessidade de se estudar o corpo humano de forma abrangente e profunda, em múltiplos níveis de análise,

desde o nível mais microcópico (por exemplo, bioquímico) até o mais macroscópico (por exemplo, antropológico).

A profissão de fisioterapeuta tem sua história parecida com as demais profissões da área de saúde. Primeiro, sua prática foi intitulada para depois se obter o reconhecimento dos cursos de formação e seu reconhecimento profissional. De acordo com os estudos de Rebelatto e Botomé (1999), a educação universitária ou de “nível superior”, com a preocupação voltada para a preparação de recursos humanos para as empresas, para o sistema produtivo, mediante a reprodução de conhecimentos técnicos desenvolvidos em outros países, é mais visível na área industrial. Entretanto, na área da saúde, o problema é o mesmo. Particularmente na Fisioterapia, a formação de profissionais é conivente com esse procedimento e esses referenciais, na medida em que transmite aos graduandos informações e formas de atuação elaboradas, em sua maioria, por autores estrangeiros, preocupados com uma outra realidade social. A própria inserção do fisioterapeuta no elenco dos profissionais de saúde parece indicar mais um valor elitista, de prestígio social, referendado pelas expectativas de um mercado de trabalho financeiramente promissor do que a necessidade de uma preparação para lidar com determinados tipos de problemas sociais.

Rebelatto e Botomé (1999), afirmam ainda que o currículo oficial dos cursos de Fisioterapia parece estar inadequado ou insuficiente em diversos aspectos como a maneira de raciocinar a sua elaboração tomando como ponto de partida o conhecimento já produzido e divulgado, em vez de considerar os problemas da população que o futuro profissional deverá ser capaz de resolver, e a confusão entre atividade técnica e atuação profissional de nível superior, pois o aluno deve ter conhecimento da atuação do profissional em todos os níveis e aspectos dos problemas de saúde. Não se pode esquecer que o currículo é um projeto de formação de um

profissional, mesmo não sendo seu único determinante, é, certamente, uma forte influência.

Examinando as disciplinas que compõem o currículo de formação do fisioterapeuta, encontra-se uma lacuna que pode interferir na sua atuação. Há uma significativa ausência de disciplinas voltadas para a formação científica, o que leva ao risco de se formar “consumidores de manuais” e pessoas que lêem no máximo a literatura técnica que freqüentemente acompanham os equipamentos comercializados. A bibliografia dos cursos de Fisioterapia mostra a dependência profissional, científica, social e tecnológica da profissão, especificando um campo de atuação profissional voltado para a assistência técnica, terapêutica e reabilitadora, além da utilização de obras estrangeiras (89,23%). Muito provavelmente, a realidade brasileira, em relação às condições de saúde da população, é diferente daquela na qual esses autores realizaram os estudos que fundamentaram suas obras (Rebelatto e Botomé, 1999).

Historicamente, o profissional fisioterapeuta vem desenvolvendo suas ações voltadas para a atenção secundária e terciária, atuando em clínicas, consultórios privados ou hospitais, com pouco papel de destaque na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de fisioterapia existentes no país, em sua grande maioria, priorizam o enfoque curativo na sua composição, valorizando minimamente os modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária. Muitas vezes, apesar da existência de disciplinas que propõe discutir questões relacionadas à saúde pública, na prática, o conteúdo oferecido se afasta da realidade encontrada nas unidades de saúde pública (Sampaio, 2002).

De acordo com Carvalho (1999), são consideradas falhas na formação do fisioterapeuta a falta de direcionamento das disciplinas para as deficiências da área, para a preocupação com a reintegração social do paciente, para a preocupação com o

mercado de trabalho. Faltam também conteúdos mais preventivos que curativos, questões de funcionalidade e restrições que devem ser repassadas ao trabalhador, além da viabilização de ações na formação dos fisioterapeutas que lhes permitam um envolvimento com políticas institucionais e governamentais, principalmente em relação a pessoas deficientes. Também é necessária a busca de um envolvimento mais amplo com a realidade das pessoas portadoras das patologias amparadas pelo fisioterapeuta, tais como a paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, amputação de membros, etc... O trabalho do profissional fisioterapeuta deverá ser fundamentado no entendimento amplo dos determinantes biopsicossociais do adoecimento humano, se ele pretende trabalhar efetivamente numa equipe transdisciplinar.

Diante do quadro exposto, quais deveriam ser as propostas para que ocorram melhorias na formação do fisioterapeuta? Segundo a pesquisa de Strohschein, Hagler e May (2002), os objetivos da formação do fisioterapeuta devem abranger: uma conscientização real do que é saúde, uma abordagem holística da saúde (atendendo as necessidades multidimensionais do paciente), a conscientização das atitudes, valores e responsabilidades em relação à saúde e à doença, um amplo entendimento dos papéis da equipe de saúde, habilidade interpessoal e capacidade de educar os outros efetivamente e finalmente, a habilidade de criticar sua evolução pessoal e profissional prática. Esta lista de objetivos revelou a consciência dos educadores da necessidade da prática reflexiva e do pensamento crítico necessário para enfrentar a realidade dos dias atuais.

De acordo com Morin (2001b), o ponto de partida para as decisões sobre o que precisa ser ensinado aos aprendizes de uma determinada área são as necessidades reais da comunidade. A aprendizagem deve garantir ao aprendiz ser capaz de atuar na sociedade para resolver os problemas com os quais ele defronta. A educação precisa

promover o conhecimento capaz de apreender problemas globais, uma vez que o conhecimento fragmentado por disciplinas impede o vínculo entre as partes.

Infelizmente, na prática não é o que realmente acontece. A universidade sempre está a reboque das mudanças sociais, em vez de antecipá-las e orientá-las. Para os docentes, a estrutura interdisciplinar é mais prática e conveniente, pois implica apenas na aplicação de teorias e metodologias de pesquisa próprias da sua área de formação acadêmica (Tani,1996). “O futuro profissional de saúde tem que ser formado com inspiração no paradigma da promoção da saúde que aponta para a transdisciplinaridade” (Deluiz, 2001).

2.5 As Diretrizes Curriculares e as propostas de transdisciplinaridade dentro do currículo do fisioterapeuta

A análise do currículo do Curso de Fisioterapia no Brasil implica em discutir suas Diretrizes Curriculares, que, segundo Santana e Christóforo (2003), passa por um processo de mudanças que refletem as dificuldades presentes no contexto geral decorrentes de deficiências organizacionais, financeiras, da superespecialização dos profissionais e conseqüente segmentação do processo de trabalho.

Pereira, Centurião e Rocha (2003) descrevem em seu trabalho um breve histórico dos currículos dos cursos de Fisioterapia. O primeiro curso superior em Fisioterapia apresentava duração mínima de 03 anos e foi regulamentado em 1967 pela Universidade de São Paulo através da Portaria GR nº 347. Em 1983, os cursos de Fisioterapia passaram a ter como base curricular o modelo de currículo mínimo, o qual indicava algumas disciplinas que compõe o rol de necessidades de formação. Este

sistema, que serviu como referencial legal durante quase 20 anos, sofre agora, diversas críticas.

Uma nova proposta curricular serviu de orientação para os cursos de Fisioterapia que foram autorizados e reconhecidos até setembro de 2001, quando as Diretrizes curriculares foram aprovadas através do Parecer do Conselho Nacional de Educação nº 1210/2001.

“ O perfil do Formando Egresso/Profissional é de um Fisioterapeuta com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde com base no rigor científico e intelectual, capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (CNE/CNS 1210/2001, p. 04).”

Diferentes das anteriores, esta proposta foi precedida de uma ampla discussão entre os docentes, discentes, profissionais, entidades de classe e Comissão de Especialistas, exigindo esclarecimentos sobre os saberes e competências próprios para a saúde e em específico para a Fisioterapia. De acordo com Teixeira (2000), as Diretrizes curriculares afirmam que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) esperadas na formação do Fisioterapeuta são diversas, entre elas está a inserção deste profissional nos diversos níveis de atenção à saúde e o entendimento do homem como ser humano, respeitando-o e valorizando-o, considerando suas circunstâncias éticas-deontológicas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas, atuando inclusive transdisciplinarmente. A Resolução CNE/CES n. 4 de 4 de março de 2002 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, baseada no Parecer do CNE de 2001 citado anteriormente, mostra

rompimento com o conceito de currículo mínimo, estimulando a flexibilização curricular. Também preconiza que a formação deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral num sistema regionalizado e hierarquizado e o trabalho em equipe.

A concepção de currículos mínimos caracterizava-se pela rigidez na sua configuração formal, verdadeira grade curricular, dentro da qual os alunos deveriam estar aprisionados, submetidos aos mesmos conteúdos, independente da contextualização, implicando na perda da qualidade desejada e inibindo a diversificação e inovação da preparação do profissional apto para a adaptabilidade (MEC, 2005)

Ainda segundo o Parecer CNE/CES no. 67 de 11 de março de 2003, enquanto os Currículos Mínimos inibiam a criatividade das instituições, as Diretrizes Curriculares Nacionais ensejam a flexibilização curricular e a liberdade de as instituições elaborarem seus projetos pedagógicos para cada curso segundo uma adequação às demandas sociais e do meio e uma formação profissional fundamentada na competência teórico-prática, de acordo com o perfil de um formando adaptável às novas e emergentes demandas.

Analisando a percepção do corpo dentro das Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, percebe-se a preocupação com a formação geral como parte dos conhecimentos fisioterapêuticos. As Diretrizes citam que a formação generalista deve evidenciar a integração de vários fatores envolvidos no movimento humano, objeto de estudo do fisioterapeuta. As ações fisioterapêuticas devem ocorrer no corpo, via movimento e este corpo é um conjunto de músculos, articulações, órgãos e sistemas que se estruturam com emoções, afetos, sentidos, que percebem a ação, que são cidadãos e que constroem o mundo (Vieira, 1998; Rocha, 2002b).

Todos estes documentos passaram por momentos de discussões e críticas, muitas delas citadas por Rocha (2002b): A partir do questionamento do antigo modelo que se constituía num verdadeiro aprisionamento em uma “grade” curricular que, em muitos casos, atuava como mero instrumento de transmissão de conhecimentos e informações, sem considerar a evolução e as mudanças na sociedade e conseqüentemente, no mercado de trabalho, foi sugerida uma sólida formação geral ao graduado em Fisioterapia, permitindo uma ampliação na sua prática profissional, formação e habilidades. A interpretação da evolução histórica dos currículos para os Cursos de Fisioterapia permite visualizar um avanço em relação aos aspectos de contextualização desses profissionais e no seu perfil desejado, em relação aos aspectos de aprofundamento científico que envolve os conteúdos da sua formação. As preocupações de Rebelatto e Botomé (1999) e Rocha (2002-b) sobre as limitações da legislação no agir profissional, com o aspecto holístico que deve prevalecer nas ações de saúde, a importância dos níveis de atenção na saúde e de sua articulação com o sistema, fizeram parte das Diretrizes Curriculares de 2002, mas questiona-se quais as reais repercussões dessas mudanças no processo de formação atual profissional do fisioterapeuta.

No entanto, mesmo as diretrizes curriculares tendo sido aprovadas, somado ao grande crescimento do número de cursos de graduação em Fisioterapia no país, são raros os exemplos daqueles que alteraram ou buscaram construir seus currículos em função dessa mudança de contexto.

Rocha (2002-b); Seale, Chapman e Davey (2000) acreditam que uma nova estruturação de conteúdos, um redimensionamento das áreas em redes conectadas e interdependentes, mostrando dentro do curso um verdadeiro exercício de transdisciplinaridade, sejam medidas que possam auxiliar a transformação do ensino

em Fisioterapia. Porém, para a educação do futuro, será necessário um vôo mais alto na condução do trabalho acadêmico, considerando as incertezas, limitações e a importância do sujeito como participante ativo de todo o processo. Provavelmente, alguns cursos que tentaram elaborar formas dinâmicas de aprendizagem, outros campos de estágio, baseando-se nas novas Diretrizes curriculares, encontraram muita dificuldade em virtude da falta de conhecimento necessário ou ainda pelas poucas experiências inovadoras na área de Fisioterapia (Pereira, Centurião e Rocha, 2003).

Baseando-se nos pensamentos de Morin (2001b), de que todo conhecimento comporta o risco do erro e da ilusão, não se pode subestimar que, como ocorre em todo processo de mudança, este não irá enfrentar dificuldades imprevisíveis e correr riscos incertos. Entretanto é preciso ousar. As mudanças causam receios, mas são necessárias. O retorno do entendimento do todo, de rejuntar o conhecimento fragmentado é uma necessidade sentida na prática atual do fisioterapeuta. Para isso, as mudanças curriculares passam pela inserção de conteúdos transdisciplinares e pelo trabalho em equipe.

Tal processo de mudança somente pode ser efetivado através do estudo e análise das Diretrizes curriculares e estabelecimento de objetivos a longo, médio e curto prazo, em cada área da existência do indivíduo (física, psicológica, social, educacional, profissional e econômica). Da mesma forma, faz-se necessário o trabalho coordenado e integrado da equipe transdisciplinar, (Carvalho, 1999).

Algumas propostas são encontradas na literatura estrangeira servindo como modelo para uma formação transdisciplinar do fisioterapeuta. Para os pesquisadores Strohschein, Hagler e May (2002), há uma dicotomia entre formação profissional e a atuação técnica do fisioterapeuta, além dos autores serem contra uma filosofia de

educação isolada. A construção da educação requer transdisciplinaridade e abordagem holística direcionadas às necessidades dos estudantes enquanto cidadãos.

Baugniet, Boon e Ostbye (2000) propõem um currículo transdisciplinar, que estimule o aprendizado fora da universidade facilitando a ponte entre o conhecimento teórico e prático, além de estimular a formação de futuros profissionais mais reflexivos e críticos, com importante impacto na cultura e na sociedade. Teoricamente, o estudante que se engajar neste processo terá que iniciar o aprendizado de habilidades como a reflexão em equipe.

Reeves et al (2002), realizaram um estudo por 02 semanas onde estudantes de enfermagem, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional submeteram-se a um treinamento em uma enfermagem hospitalar, onde aprenderam sobre as atividades de cada área específica – um trabalho inter, multi e transprofissional denominado “training ward”. Os estudantes valorizaram o realismo proporcionado pela experiência, desencadeando um crescimento ao nível de responsabilidade profissional, facilitando a troca e ligação entre conhecimentos das diversas áreas da saúde.

De acordo com Massey (2001), graduados em cursos da área de saúde necessitam ser capazes de trabalhar em equipe, com qualidade e compreensão. Um currículo transdisciplinar, segundo os trabalhos do autor na Universidade de Armstrong Atlantic State, deve conter disciplinas e experiências práticas que busquem o conhecimento, habilidades e valores necessários ao trabalho em equipe. O currículo tradicional direciona-se seu foco para disciplinas específicas, sem a flexibilidade necessária a uma formação profissional direcionada a atenção comunitária. Este tipo de currículo apresenta-se como um “currículo de doenças”, segundo Finochio e Johnson (1995), que dificulta o crescimento e desenvolvimento de uma formação transdisciplinar para o futuro fisioterapeuta. A justificativa encontrada no trabalho é de

que em um currículo priorizando a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, cada disciplina faz uma única contribuição ao bem estar do paciente, independente das outras disciplinas, resultando na fragmentação, avaliação incompleta, conflito de prioridades, falta de sistemática e de uma abordagem holística do ser humano. São características do currículo transdisciplinar no Curso de Fisioterapia a integração do conhecimento de diversas ciências como as artes, as leis e as específicas da área da saúde, incluindo a preocupação com o respeito aos colegas, pacientes e com a qualidade de vida. Além disso, o treinamento oral e escrito para desenvolver a habilidade do trabalho em equipe, dentro das comunidades, o pensamento crítico, a capacidade de solucionar problemas dentro da equipe e da comunidade e o incentivo a pesquisas com aplicação dentro de uma equipe transdisciplinar. O currículo transdisciplinar iniciou na Universidade de Armstrong Atlantic State em 1999 e ainda passa por ajustes, principalmente em relação a prática clínica.

De acordo com o exposto, percebe-se que o modelo transdisciplinar para o currículo do Curso de Fisioterapia no exterior ainda é motivo de discussão, mas já começa a ser aplicado. No Brasil, de acordo com a Resolução No.CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, são competências e habilidades do futuro profissional fisioterapeuta a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. Na prática, os currículos do Curso de Fisioterapia estão distantes de uma preocupação com estas questões, pois há pouco ou quase nada de concreto já em vigor nas universidades. Nesse sentido, a revisão e a reformulação dos cursos de graduação e dos currículos devem levar a alguma reorganização da inserção da fisioterapia na sociedade e nas universidades.

Durante o I Congresso Brasileiro de Ensino em Fisioterapia, em Abril de 2003, foram apresentadas algumas propostas de transformações curriculares no ensino dessa área em algumas universidades, baseadas nas orientações já sugeridas pelas Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. A proposta mais discutida foi de uma formação profissional orientada à comunidade, com um projeto político pedagógico de caráter social, integrado, democrático e reflexivo, baseado em Paulo Freire, dialógico, problematizador e participativo.

A orientação das disciplinas é de forma integrada, ou seja, macrodisciplinas que absorvem todo o conteúdo de diversas disciplinas, práticas sociais constantes, onde a observação, interação e a transformação social privilegiam a criatividade e a emoção e a integração de conteúdos teórico-práticos, como no caso da disciplina de anatomia que seria ministrada já associada à cinesiologia. A justificativa deste novo modelo de ensino em Fisioterapia, ainda em discussão baseia-se no princípio que a visão fragmentada do conhecimento dentro da formação do fisioterapeuta infringe os princípios da ética e deontologia (a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia), (Barros, 2003).

Rocha (2002b) sugere a aplicação prática da transdisciplinaridade dentro da formação do Fisioterapeuta: Uma das possibilidades é chamada de “exercícios de transdisciplinaridade”. Estes exercícios devem permitir a alunos e professores um espaço de reflexão, de crítica e de escolha consciente e podem ser iniciados dentro do próprio curso ou através de fóruns abertos tendo os conteúdos disciplinares diluídos em grandes áreas de conhecimento desenvolvidos e debatidos por diferentes profissionais, evidenciando pontos de congruência e divergência, para que seja possível identificar a contradição, a incerteza e os diferentes pensamentos capazes de oferecer a compreensão desses conteúdos. Outro tipo de “exercícios transdisciplinares”

pode ser desenvolvido através da aglutinação de conteúdos comuns, desenvolvidos numa estrutura curricular modular. Exemplo: anatomia, fisiologia, fisiopatologia do sistema respiratório e atividades de observação em distintos ambientes, não só restrito aos laboratórios e hospitais, mas em atividades que exijam diferentes demandas, incluindo ambientes de trabalho e exercícios da auto-observação. Esta proposta vem sendo colocada em prática em algumas escolas brasileiras como na Universidade Estadual de Londrina, Paraná e na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, numa parceria com o Projeto UNI- Natal, desenvolvendo o Projeto de Educação, Saúde e Cidadania (PESC), de onde se originou a Disciplina Saúde e Cidadania (SACI) e vários projetos de extensão.

Tani (1989 e 1996) discute em seus trabalhos a respeito da cinesiologia como um exemplo de disciplina transdisciplinar: No currículo tradicional, as disciplinas têm desenvolvido seu conteúdo específico isoladamente e não há comunicação e articulação efetiva entre elas. Essa característica de preparação profissional tem-se constituído um fator ampliador da distância entre a teoria e a prática, pois a atuação profissional exige justamente a integração e síntese do conhecimento. A cinesiologia tem a característica de uma área de conhecimento, mais do que de uma disciplina acadêmica dentro do Curso de Fisioterapia. Sua abrangência, segundo Tani (1996), traz dificuldades em relação a sua identidade epistemológica e metodológica, pois a sua pluralidade se apresenta como uma característica inerente e como uma condição indispensável. Por outro lado, ela tem o privilégio de ser uma das poucas áreas da Fisioterapia em que há uma perspectiva de integração de conhecimentos e descobertas de várias disciplinas em torno de um mesmo objeto de estudo: o movimento humano, fundamental para a formação do fisioterapeuta.

Uma proposta do mesmo autor sugere uma visão mais integrativa e sistêmica da disciplina, dividindo-a em sub-áreas, mas com a preocupação de evitar a crescente especialização e fragmentação, procurando fomentar uma maior comunicação interna e estimular a realização de estudos integrativos: a Biodinâmica do Movimento Humano (englobando a bioquímica e fisiologia do exercício, a biomecânica e a cineantropometria), o Comportamento Humano (contendo temas como controle motor, aprendizagem motora e o desenvolvimento motor, além da psicologia do esporte), e finalmente, os Estudos Sócios-Culturais do Movimento Humano (reunindo a sociologia, história, a antropologia, a filosofia, a ética e a estética do movimento humano). Esta proposta de estrutura acadêmica de Cinesiologia para o Curso de Educação Física poderá ser adaptada para o Curso de Fisioterapia, pois o aluno não estudaria apenas os mecanismos e funções do movimento humano, mas também os processos de mudança que o mesmo manifesta ao longo da vida, além do significado bio-psico-sócio-cultural do movimento humano em suas diferentes formas de manifestação e relação com o meio ambiente.

Tanto a cinesiologia quanto outras disciplinas específicas do Curso de Fisioterapia não podem deixar de acompanhar as mudanças paradigmáticas da própria ciência, deixando a simples relação causa-efeito, reducionista, que tem se mostrado tão limitada diante da transdisciplinaridade.

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa, pois segundo Minayo (2000), elas são inseparáveis, interdependentes, complementares e não devem oportunizar a dicotomia quanti/quali. Pretendeu-se neste estudo estabelecer uma síntese unificadora do conhecimento quantitativo e qualitativo, ou seja, as informações obtidas através da avaliação quantitativa dos participantes sofreram uma abordagem qualitativa e vice-versa.

Bauer e Gaskell (2002), confirmam estas idéias afirmando que não há quantificação sem qualificação, ou seja, não há análise estatística sem interpretação. É incorreto assumir que a pesquisa qualitativa possui o monopólio da interpretação, com o pressuposto paralelo de que a pesquisa quantitativa chega a suas conclusões quase que automaticamente. O que é necessário é uma visão holística do processo de pesquisa, para que ele possa incluir a definição e a revisão de um problema, sua teorização, a coleta de dados e a apresentação descritiva dos resultados.

3.2 Cenário da pesquisa e sujeitos envolvidos

Optou-se por uma amostra não probabilística do tipo intencional formada por alunos do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Potiguar que, durante a realização desta pesquisa, estavam matriculados em diversos períodos do curso de ambas universidades. De aproximadamente 700

estudantes do curso de Fisioterapia da UFRN e da UNP avaliou-se uma amostra aleatória simples de 167 alunos, calculada pela estatística como satisfatória e representativa.

Foi formado um subgrupo da amostra com 21 alunos como estratégia de aprofundamento e complementação das questões de pesquisa. Para Minayo (2000), além de complementar as informações de conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções, o subgrupo, ao responder o questionário aberto, permitiu a expressão livre e espontânea de respostas e comentários relevantes.

Este subgrupo foi formado por alunos da disciplina de Sociologia da Saúde. A aplicação dos questionários neste subgrupo ocorreu durante o Estágio de Docência (Resolução 100/99-CONSEPE/UFRN) junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, na disciplina citada, no período de 31/03/03 a 14/07/03. Havia 23 alunos matriculados para cursar a disciplina no primeiro semestre de 2003, mas como o critério de inclusão era ser aluno de Fisioterapia, foram excluídos da amostra dois alunos, totalizando um subgrupo de 21 estudantes, todos estavam cursando o 2º período do curso de Fisioterapia. Durante 15 aulas da referida disciplina ocorreram discussões sobre a temática desta pesquisa, associadas ao conteúdo da disciplina, conforme será descrito posteriormente.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, via Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obtendo sua aprovação, segundo o Parecer 75/03, de 15/10/03 (Anexo 01).

É importante ressaltar que, foi assegurado, a todos os sujeitos envolvidos neste estudo, o direito de participação ou não na pesquisa, bem como da desistência em qualquer etapa dela. Dessa forma, a cada um deles foi entregue uma cópia do Termo

de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento necessário para a concordância da participação no estudo, segundo recomenda a Resolução 196/96 cujo modelo está em anexo (Anexo 02).

3.3 Os instrumentos para coleta de dados

Foi utilizado um questionário (Anexo 03), testado e validado no trabalho de Farias e Carvalho (1987), o qual representa, através das opiniões e percepções do indivíduo, a visão do corpo em forma de escala de auto-avaliação. Ele fornece, de forma quantitativa, conceitos de corpo essenciais para se iniciar a reflexão acerca do entendimento de como o futuro fisioterapeuta percebe o seu corpo e o corpo do outro, um dos objetivos deste trabalho. De 26 questões apresentadas no questionário de Farias e Carvalho (1987) apenas 20 questões foram aproveitadas e realizadas as adequações aos objetivos desta pesquisa. O questionário adaptado (Anexo 04) passou por outro processo de validação para garantir a aplicabilidade do instrumento, além da clareza e objetividade das questões.

Um segundo instrumento de coleta, um questionário de perguntas abertas ou livres, foi criado a partir dos objetivos desta pesquisa e também com o intuito de aprofundamento das questões, dando liberdade ao aluno de expressar livremente suas opiniões, (Anexo 05).

3.4 O Processo de validação do instrumento

O processo de validação destes questionários (Anexo 04 e 05) seguiu a orientação de Lisboa (2000), passando pelas estratégias de painel de experts e de validade de face.

Na validade de face (Anexo 06) foram consultados cinco profissionais que atuam em diversas áreas da Fisioterapia, selecionados aleatoriamente, para responder ao questionário adaptado e ao questionário aberto. Os instrumentos mudaram de título, passaram a se chamar Questionário de Avaliação da Compreensão do Corpo (QUACOC), também classificado como QUACOC aberto e fechado, de acordo com o tipo de questões apresentadas. Além de responder aos questionários, os avaliadores responderam a perguntas que abordaram se há dificuldades na leitura do protocolo, nível de compreensão das questões, clareza nas alternativas de resposta, presença de erros de tipografia, tamanho da letra e extensão do questionário, tempo de aplicação e avaliação geral do mesmo.

Na validade de conteúdo ou painel de experts (Anexo 07), foram consultados três profissionais especialistas em ciências humanas (uma psicóloga, um cientista social e um filósofo), selecionados de forma aleatória, que responderam a um questionário fazendo seu julgamento “técnico” a respeito da inclusão ou exclusão de questões no QUACOC aberto ou fechado. Os dados obtidos foram analisados de forma qualitativa.

O instrumento QUACOC fechado apresentou os seguintes resultados quanto a validade de face: o questionário foi considerado de fácil leitura pela maioria dos avaliadores mas houve a sugestão de se utilizar linhas para uma melhor organização e visualização das respostas. As questões foram consideradas claras, o tamanho do instrumento adequado, o tempo gasto para respondê-lo foi de 20 a 30 minutos, considerado pela literatura um tempo ideal sem causar fadiga e desinteresse (Lakatos

e Marconi, 1988), apresentava um erro tipográfico na primeira questão, o tamanho da letra foi considerado adequado, as questões de resposta estavam claras e o instrumento recebeu uma avaliação final de ótimo pela maior parte dos avaliadores. Na avaliação de validade de conteúdo, as opiniões foram positivas, citadas no espaço destinado a comentários. A psicóloga considerou que algumas questões estão induzindo a uma resposta positiva ou negativa, mas já que existe o questionário aberto não achava importante modificá-las. Para o filósofo, as questões 6 e 17 incentivavam a dicotomia corpo e mente e deveriam ser retiradas. Tal sugestão não foi aceita porque existia o objetivo de se analisar a presença desta dicotomia entre os estudantes avaliados e por isso a questão foi mantida. Houve a sugestão pelo mesmo avaliador de um agrupamento de questões pelo tipo de abordagem (corpo social, corpo biológico), mas também não foi aceita, pois segundo Lakatos e Marconi (1988) as questões devem ser colocadas de forma a misturar assuntos de mesmo tema, pois pode ocorrer o efeito contágio que irá influenciar as respostas.

O instrumento QUACOC aberto apresentou os seguintes resultados: Na avaliação de validade de face o instrumento foi considerado fácil de ler, com questões claras e contendo um número ideal de questões (05). Nos comentários foi sugerido que a primeira questão fosse mudada porque seria muito difícil uma resposta objetiva já que o assunto é muito complexo, levando em conta a dificuldade posteriormente de se efetuar a análise dos dados. A sugestão não foi aceita porque o objetivo do QUACOC aberto é de deixar o aluno se expressar livremente sem correr o risco de induzir ou influenciar sua resposta. O instrumento foi considerado bom pela maioria dos avaliadores. Na validade de conteúdo o instrumento foi considerado importante, interessante, de enfoque complexo que leva o aluno a refletir. Um dos avaliadores sugeriu que na questão número 01 fosse especificado que quando se refere a “corpo”

se refere ao corpo humano. A sugestão foi aceita e os instrumentos de avaliação foram modificados de acordo com as sugestões, transformando-se nos modelos apresentados em Anexo (08 e 09).

3.5 O Pré-Teste

O pré-teste foi realizado com 27 alunos do Curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar pertencentes ao 1º e 9º períodos do Curso porque demonstra possíveis dificuldades que venham a surgir com a amostra dos alunos do início e fim do curso. O pré-teste, segundo Lakatos e Marconi (1988), serve para verificar se ainda existem falhas no instrumento além de analisar a fidedignidade, validade e operatividade do questionário. Quanto a validade e fidedignidade, a validação efetuada anteriormente já constatou estes elementos, mas preocupou-se neste momento com a operatividade e se a linguagem do instrumento era acessível e clara aos alunos de qualquer período do Curso. Quanto ao tempo gasto para responder o instrumento, este não ultrapassou 30 minutos. Alguns termos como “anamnese”, “paraplégico” foram considerados desconhecidos para os alunos do 1º período. Optou-se, portanto por não retirá-los, mas pelo seu esclarecimento nas turmas iniciantes do curso.

3.6 O Procedimento de coleta dos dados

Na aplicação do QUACOC Fechado, os alunos foram incentivados a participar e solicitados a responder as 20 questões sem deixar nenhuma em branco e também foram informados sobre o objetivo da pesquisa, as maneiras de respondê-la e de que não havia resposta certa ou errada. Os alunos fizeram parte do 1º, 4º, 5º e 8º períodos

da UNP e 2º e 8º períodos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Em ambas foi solicitado o consentimento da direção do curso para se efetuar a pesquisa, conforme exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

O QUACOC aberto foi aplicado ao subgrupo da pesquisa formado por 21 alunos da Disciplina de Sociologia da Saúde do Curso de fisioterapia da UFRN no primeiro e no último dia de aula da disciplina. As aulas aconteciam uma vez por semana, com dois horários seguidos (de 8:00 às 9:40 e de 9:55 às 11:35 horas). Este subgrupo também respondeu ao QUACOC fechado no primeiro e no último dia de aula.

O Procedimento de coleta de dados desta pesquisa contou com um referencial teórico baseado nos autores já citados anteriormente e sua formulação e montagem não foi um processo linear, estanque e mecânico, mas um processo duradouro de observações, análises e sínteses, onde o pesquisador precisou, em alguns momentos, produzir modificações no curso de suas descobertas, reorientar suas hipóteses e posições previamente abraçadas.

As percepções e observações obtidas durante as aulas foram redigidas nas notas de campo. As notas de campo, de acordo com Triviños (1987), são as descrições, comentários, reflexões, idéias e questionamentos que surgem no decorrer da pesquisa e que vão sendo organizadas e desenvolvidas durante o processo investigatório. As notas de campo foram redigidas no diário de campo (Anexo 10) pelo pesquisador, logo após as discussões, comentários verbais e acontecimentos considerados relevantes.

3.6 Análise dos dados

Portanto, como instrumentos definitivos para a coleta de dados foram utilizados os questionários QUACOC fechado e QUACOC aberto e as notas de campo. Após a coleta, os dados foram agrupados para análise quantitativa e qualitativa. Na análise qualitativa optou-se pela categorização das respostas de acordo com Bauer e Gaskel (2002), realizando uma seleção das palavras-chaves no contexto e das “falas” mais expressivas. Uma vez homogêneos, a partir da similaridade semântica, os dados foram examinados com respeito às palavras relevantes, por meio do emprego de uma lista de palavras ordenadas por ordem de frequência.

As respostas dos 167 questionários (QUACOC Fechado) aplicados aos estudantes de Fisioterapia, foram digitadas originalmente, pela própria pesquisadora, na planilha eletrônica Excel[®] e posteriormente exportados para formato DBF (*Data Base Format*), para poderem ser lidos pelo programa SPSS⁽¹⁾, onde foram feitas as análises.

Considerando o tipo de variável e os objetivos do estudo, foram realizadas análises de caráter descritivo, com distribuição das frequências absolutas e percentuais das variáveis dependentes em função das independentes. A variável estudada considerada independente foi o período que cada estudante pertencia e as variáveis consideradas dependentes foram as respostas classificadas como “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”.

⁽¹⁾ Statistical Package for Social Science. SPSS for Windows Release 10.0.1. SPSS Inc. www.spss.com

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados a seguir na forma de tabelas, gráficos e quadros, devidamente comentados.

Em relação ao questionário QUACOC fechado, o Quadro 02 mostra quais foram as variáveis dependentes e independentes estudadas.

Quadro 2: Variáveis estudadas durante a análise quantitativa das respostas do questionário QUACOC fechado.

Tipo	Variável	Classificação	Categorias
Independente	Período	Qualitativa Nominal	1º, 2º, 4º, 5º e 8º
Dependente	Questionário de percepção	Qualitativa Nominal	Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

No sentido de demonstrar a compreensão do corpo pelos estudantes de Fisioterapia, a Tabela 01 apresenta os resultados da análise quantitativa do QUACOC fechado (Anexo 08).

Tabela 01. Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com a Instituição. Natal, RN. 2003.

		Instituição				Total	
		UFRN		UnP		N	%
		n	%	n	%		
Questão 01	Discordo Totalmente	0	0,00	6	4,60	6	4,10
	Discordo	2	14,30	15	11,50	17	11,70
	Concordo	6	42,90	81	61,80	87	60,00
	Concordo Totalmente	6	42,90	29	22,10	35	24,10
Questão 02	Discordo Totalmente	1	7,10	7	5,30	8	5,50
	Discordo	4	28,60	36	27,50	40	27,60
	Concordo	9	64,30	77	58,80	86	59,30
	Concordo Totalmente	0	0,00	11	8,40	11	7,60
Questão 03	Discordo Totalmente	2	14,30	24	18,50	26	18,10
	Discordo	7	50,00	73	56,20	80	55,60
	Concordo	4	28,60	29	22,30	33	22,90

	Concordo Totalmente	1	7,10	4	3,10	5	3,50
Questão 04	Discordo Totalmente	0	0,00	16	12,50	16	11,30
	Discordo	4	28,60	77	60,20	81	57,00
	Concordo	10	71,40	27	21,10	37	26,10
	Concordo Totalmente	0	0,00	8	6,30	8	5,60
Questão 05	Discordo Totalmente	7	50,00	53	40,20	60	41,10
	Discordo	6	42,90	52	39,40	58	39,70
	Concordo	1	7,10	18	13,60	19	13,00
	Concordo Totalmente	0	0,00	9	6,80	9	6,20
Questão 06	Discordo Totalmente	0	0,00	1	0,80	1	0,70
	Discordo	0	0,00	7	5,30	7	4,80
	Concordo	1	7,70	48	36,40	49	33,80
	Concordo Totalmente	12	92,30	76	57,60	88	60,70
Questão 07	Discordo Totalmente	0	0,00	4	3,30	4	2,90
	Discordo	2	15,40	23	18,70	25	18,40
	Concordo	9	69,20	65	52,80	74	54,40
	Concordo Totalmente	2	15,40	31	25,20	33	24,30
Questão 08	Discordo Totalmente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Discordo	0	0,00	4	3,10	4	2,80
	Concordo	2	14,30	24	18,80	26	18,30
	Concordo Totalmente	12	85,70	100	78,10	112	78,90
Questão 09	Discordo Totalmente	1	7,10	4	3,10	5	3,40
	Discordo	6	42,90	20	15,30	26	17,90
	Concordo	6	42,90	58	44,30	64	44,10
	Concordo Totalmente	1	7,10	49	37,40	50	34,50
Questão 10	Discordo Totalmente	5	35,70	22	16,90	27	18,80
	Discordo	6	42,90	65	50,00	71	49,30
	Concordo	3	21,40	31	23,80	34	23,60
	Concordo Totalmente	0	0,00	12	9,20	12	8,30
Questão 11	Discordo Totalmente	0	0,00	2	1,50	2	1,40
	Discordo	3	21,40	22	16,80	25	17,20
	Concordo	5	35,70	67	51,10	72	49,70
	Concordo Totalmente	6	42,90	40	30,50	46	31,70
Questão 12	Discordo Totalmente	0	0,00	3	2,40	3	2,10
	Discordo	0	0,00	20	15,70	20	14,20
	Concordo	11	78,60	80	63,00	91	64,50
	Concordo Totalmente	3	21,40	24	18,90	27	19,10
Questão 13	Discordo Totalmente	1	7,10	24	18,30	25	17,20
	Discordo	7	50,00	59	45,00	66	45,50
	Concordo	4	28,60	44	33,60	48	33,10
	Concordo Totalmente	2	14,30	4	3,10	6	4,10
Questão 14	Discordo Totalmente	0	0,00	3	2,30	3	2,10
	Discordo	5	35,70	31	23,80	36	25,00
	Concordo	7	50,00	82	63,10	89	61,80
	Concordo Totalmente	2	14,30	14	10,80	16	11,10
Questão 15	Discordo Totalmente	2	14,30	3	2,30	5	3,50
	Discordo	2	14,30	24	18,50	26	18,10
	Concordo	9	64,30	75	57,70	84	58,30
	Concordo Totalmente	1	7,10	28	21,50	29	20,10
Questão 16	Discordo Totalmente	6	42,90	57	43,80	63	43,80
	Discordo	7	50,00	54	41,50	61	42,40

	Concordo	0	0,00	15	11,50	15	10,40
	Concordo Totalmente	1	7,10	4	3,10	5	3,50
Questão 17	Discordo Totalmente	8	57,10	41	31,50	49	34,00
	Discordo	5	35,70	70	53,80	75	52,10
	Concordo	0	0,00	16	12,30	16	11,10
	Concordo Totalmente	1	7,10	3	2,30	4	2,80
Questão 18	Discordo Totalmente	13	92,90	80	60,60	93	63,70
	Discordo	0	0,00	24	18,20	24	16,40
	Concordo	0	0,00	13	9,80	13	8,90
	Concordo Totalmente	1	7,10	15	11,40%	16	11,00
Questão 19	Discordo Totalmente	7	50,00	36	27,50	43	29,70
	Discordo	4	28,60	44	33,60	48	33,10
	Concordo	3	21,40	38	29,00	41	28,30
	Concordo Totalmente	0	0,00	13	9,90	13	9,00
Questão 20	Discordo Totalmente	1	7,10	6	4,50	7	4,80
	Discordo	0	0,00	8	6,10	8	5,50
	Concordo	4	28,60	36	27,30	40	27,40
	Concordo Totalmente	9	64,30	82	62,10	91	62,30

Fonte: Pesquisa de campo

De acordo com a Tabela 01, em relação às percepções obtidas através das respostas dos alunos ao QUACOC fechado, é possível perceber que grande parte dos alunos (84%) considerou que o corpo é responsável pelos contatos com outras pessoas; 78,7 aceitaram que o corpo é moldado a partir de influências sociais; 83,6% concordam que a cultura dita normas em relação ao corpo; 72,9% acreditam que enquanto corpo, eu tenho consciência da posição que ocupo ao desenvolver uma tarefa e 80,8% discordam que o conhecimento do corpo não amplia o universo do indivíduo. Em contrapartida, 73,7% discordaram que a visão que tenho do mundo é dada pelo conhecimento que tenho do corpo; 68,3% não concordam que o corpo é mais uma realidade social do que biológica e 62,7 não aceitam a idéia de que o corpo é o indicador de nossa posição social, do nosso estar no mundo.

Ainda, 94,5% dos participantes aceitam que o que ocorre na mente influencia o corpo; 86,25% discordam que a dor não ajuda a conhecer o corpo; a grande maioria dos participantes (86,10%) discorda quando se afirma que a contribuição do corpo para a organização do pensamento é nula; 62,8% discordam que no corpo, algumas partes

são mais importantes que outras e 89,7% concordam que o corpo não pode ser considerado um objeto, pois eu não posso separar-me dele e nem separá-lo em partes. Por outro lado, para 66,9% dos alunos a finalidade do corpo é de realizar funções biológicas e 78,4% acreditam que nossos órgãos dos sentidos estão no corpo com o objetivo de servir como acessórios para captar as ações específicas de cada um.

Outro aspecto demonstrado foi em relação ao corpo do paciente: 68,2% dos participantes não concordam que se deve prender a uma avaliação do corpo do paciente que consta na ficha de anamnese para não dispersar; 80,10% não aceitam que o fisioterapeuta, ao tratar o corpo de um paciente paraplégico, deve se preocupar com a sua reabilitação física, sendo desnecessária essa preocupação social; 97,2% concordaram que ao avaliar e tratar um paciente é importante observar seu corpo como um todo e 81,4% acreditam que analisar o doente como ser humano completo evita que a doença persista. Em contrapartida, 78,6% alunos consideram que ao avaliar e tratar o corpo do paciente deve-se focar sua queixa e aprofundar neste aspecto.

A compreensão do corpo pelos estudantes de Fisioterapia também foi analisada de acordo com o período que o aluno estava cursando. A Tabela 02 mostra os resultados encontrados:

Tabela 02. Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com o período. Natal, RN. 2003.

Q.	Período												
	1o. Período		2o. Período		3o. Período		4o. Período		5º. Período		8o. Período		
	n	%	n	%							N	%	
1	DT	10	35,70%	0	4,60%	0	0,00%	0	0,00%	1	12,50%	6	13,30%
	D	16	42,90%	0	11,50%	0	0,00%	2	14,30%	15	60,20%	10	45,00%
	C	0	0,0%	13	61,80%	4	7,10%	14	42,90%	5	21,10%	24	33,60%
	CT	1	0,0%	6	22,10%	19	92,90%	15	42,90%	0	6,30%	2	3,10%
2	DT	0	0,0%	1	5,30%	1	0,00%	1	7,10%	9	40,20%	2	0,00%
	D	7	21,40%	9	27,50%	1	0,00%	3	28,60%	12	39,40%	6	35,70%
	C	10	35,70%	11	58,80%	10	49,60%	12	64,30%	0	13,60%	28	50,00%
	CT	11	42,90%	0	8,40%	11	50,00%	5	0,00%	0	6,80%	6	14,30%
3	DT	0	2,40%	0	18,50%	5	28,60%	5	14,30%	0	0,80%	0	2,30%
	D	7	15,70%	16	56,20%	3	21,40%	11	50,00%	0	5,30%	6	18,50%
	C	12	63,00%	1	3,10%	2	0,00%	4	28,60%	6	36,40%	22	57,70%

	CT	8	18,90%	4	22,30%	0	7,10%	1	7,10%	14	57,60%	14	21,50%
4	DT	6	13,30%	1	12,50%	0	0,00%	4	0,00%	7	50,00%	22	43,80%
	D	10	45,00%	15	60,20%	7	28,60%	11	28,60%	12	28,60%	0	41,50%
	C	24	33,60%	5	21,10%	13	64,30%	5	71,40%	1	14,30%	1	11,50%
	CT	2	3,10%	0	6,30%	10	7,10%	1	0,00%	0	2,30%	4	3,10%
5	DT	0	0,00%	9	40,20%	1	7,10%	9	50,00%	6	23,80%	26	31,50%
	D	6	35,70%	12	39,40%	10	42,90%	8	42,90%	11	63,10%	14	53,80%
	C	28	50,00%	0	13,60%	10	42,90%	2	7,10%	4	10,80%	0	12,30%
	CT	0	0,00%	0	6,80%	6	7,10%	2	0,00%	2	14,30%	2	2,30%
6	DT	0	0,00%	0	0,80%	0	0,0%	0	0,00%	2	14,30%	40	60,60%
	D	6	18,50%	0	5,30%	7	21,40%	2	0,00%	15	64,30%	2	18,20%
	C	22	57,70%	6	36,40%	10	35,70%	3	7,70%	2	7,10%	0	9,80%
	CT	0	0,00%	14	57,60%	11	42,90%	15	92,30%	13	42,90%	0	11,40%
7	DT	0	26,00%	0	3,30%	0	2,40%	0	0,00%	0	50,00%	16	27,50%
	D	0	0,00%	2	18,70%	7	15,70%	2	15,40%	6	0,00%	16	33,60%
	C	1	7,10%	15	52,80%	12	63,00%	15	69,20%	1	7,10%	10	29,00%
	CT	27	57,10%	2	25,20%	8	18,90%	2	15,40%	13	57,10%	0	9,90%
8	DT	0	0,00%	0	0,0%	6	13,30%	0	0,00%	7	35,70%	0	4,50%
	D	0	0,00%	0	3,10%	10	45,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	6,10%
	C	4	7,10%	3	18,80%	24	33,60%	6	14,30%	0	7,10%	1	27,30%
	CT	19	92,90%	18	78,10%	2	3,10%	14	85,70%	19	92,90%	26	62,10%
9	DT	1	0,00%	3	3,10%	10	28,60%	1	7,10%	1	0,00%	0	4,60%
	D	1	0,00%	5	15,30%	8	21,40%	4	42,90%	1	0,00%	0	11,50%
	C	10	49,60%	8	44,30%	9	20,00%	8	42,90%	0	7,10%	26	61,80%
	CT	11	50,00%	5	37,40%	0	7,10%	6	7,10%	11	50,00%	12	22,10%
10	DT	5	28,60%	5	35,70%	2	0,00%	6	16,90%	5	28,60%	2	5,30%
	D	3	21,40%	8	42,90%	6	28,60%	12	50,00%	3	21,40%	18	27,50%
	C	2	0,00%	7	21,40%	13	64,30%	2	23,80%	2	0,00%	22	58,80%
	CT	0	7,10%	1	0,0%	3	7,10%	0	9,20%	0	7,10%	0	8,40%
11	DT	0	0,00%	0	0,0%	2	14,30%	0	1,50%	2	0,00%	0	18,50%
	D	7	28,60%	0	21,40%	15	64,30%	3	16,80%	6	28,60%	32	56,20%
	C	13	64,30%	10	35,70%	2	7,10%	8	51,10%	13	64,30%	2	3,10%
	CT	10	7,10%	11	42,90%	13	42,90%	10	30,50%	0	0,0%	8	22,30%
12	DT	1	7,10%	0	2,40%	10	50,00%	0	0,00%	0	0,0%	2	12,50%
	D	10	42,90%	2	15,70%	6	0,00%	3	0,00%	8	35,70%	30	60,20%
	C	10	42,90%	12	63,00%	1	7,10%	14	78,60%	22	42,90%	10	21,10%
	CT	6	7,10%	7	18,90%	13	57,10%	3	21,40%	0	0,00%	0	0,00%
13	DT	0	0,0%	3	13,30%	0	0,0%	7	50,00%	0	2,40%	18	40,20%
	D	0	0,0%	5	45,00%	7	21,40%	12	28,60%	2	15,70%	24	39,40%
	C	8	35,70%	12	33,60%	10	35,70%	1	14,30%	12	63,00%	8	13,60%
	CT	22	42,90%	1	3,10%	11	42,90%	0	2,30%	7	18,90%	0	6,80%
14	DT	0	2,40%	1	0,00%	0	2,40%	6	23,80%	6	13,30%	0	0,80%
	D	4	15,70%	3	35,70%	7	15,70%	11	63,10%	10	45,00%	4	5,30%
	C	24	63,00%	14	50,00%	12	63,00%	4	10,80%	24	33,60%	26	36,40%
	CT	14	18,90%	3	14,30%	8	18,90%	2	14,30%	2	3,10%	14	57,60%
15	DT	7	35,70%	0	2,30%	6	13,30%	2	14,30%	2	0,00%	2	3,30%
	D	0	0,00%	3	18,50%	10	45,00%	15	64,30%	6	35,70%	8	18,70%
	C	0	7,10%	11	57,70%	24	33,60%	2	7,10%	28	50,00%	30	52,80%
	CT	19	50,90%	7	21,50%	2	3,10%	13	42,90%	6	14,30%	8	25,20%
16	DT	1	0,00%	11	43,80%	7	50,00%	0	50,00%	0	2,30%	0	0,0%
	D	1	0,00%	0	41,50%	12	28,60%	6	0,00%	6	18,50%	4	3,10%
	C	0	7,10%	8	11,50%	1	14,30%	1	7,10%	22	57,70%	6	18,80%
	CT	11	50,00%	2	3,10%	0	2,30%	13	57,10%	14	21,50%	36	78,10%
17	DT	10	28,60%	13	31,50%	6	23,80%	7	35,70%	22	43,80%	6	3,10%

	D	8	21,40%	7	53,80%	11	63,10%	0	0,00%	0	41,50%	10	15,30%
	C	9	20,00%	0	12,30%	4	10,80%	0	7,10%	1	11,50%	16	44,30%
	CT	0	7,10%	1	2,30%	2	14,30%	19	92,90%	4	3,10%	10	37,40%
18	DT	2	0,00%	20	60,60%	0	0,00%	1	0,00%	26	31,50%	10	35,70%
	D	6	28,60%	1	18,20%	6	18,50%	1	0,00%	14	53,80%	16	42,90%
	C	13	64,30%	0	9,80%	22	57,70%	0	7,10%	0	12,30%	14	21,40%
	CT	3	7,10%	0	11,40%	0	0,00%	11	50,00%	2	2,30%	2	0,0%
19	DT	2	14,30%	8	27,50%	0	26,00%	5	28,60%	40	60,60%	0	0,0%
	D	15	64,30%	8	33,60%	0	0,00%	3	21,40%	2	18,20%	12	21,40%
	C	2	7,10%	5	29,00%	1	7,10%	2	0,00%	0	9,80%	20	35,70%
	CT	13	42,90%	0	9,90%	27	57,10%	0	7,10%	0	11,40%	22	42,90%
20	DT	10	50,00%	0	4,50%	0	0,00%	2	0,00%	16	27,50%	0	2,40%
	D	6	0,00%	0	6,10%	0	0,00%	6	28,60%	16	33,60%	4	15,70%
	C	1	7,10%	8	27,30%	4	7,10%	13	64,30%	10	29,00%	24	63,00%
	CT	13	57,10%	13	62,10%	19	92,90%	1	7,10%	0	9,90%	14	18,90%

Legenda: Q. – Questão

Fonte: Pesquisa de campo

DT – Discordo totalmente

D – Discordo

C – Concordo

CT – Concordo totalmente

Analisando as respostas, as opiniões dos alunos em relação à compreensão do corpo não se diferenciaram muito, sendo que os alunos dos períodos iniciais (1º, 2º e 3º), apresentaram uma concepção mais generalista e menos tecnicista, já que ainda não haviam estudado as disciplinas específicas, apenas as de formação geral. Os alunos do 4º, 5º e, principalmente, do 8º período apresentaram respostas mais técnicas e menos preocupadas com a abordagem biopsicossocial do paciente, confirmada pelos dados quantitativos: Os alunos do 8º período discordaram em 58,30% que o corpo é responsável pelos contatos com outras pessoas, 85,30% que o corpo é mais uma realidade social do que biológica, 78,80% que o que ocorre na mente influencia o corpo, 61,10% que o corpo é moldado a partir das influências sociais, 74,70% que analisar o doente como ser humano completo evita que a doença persista, 79,60% que o corpo é o indicador de nossa posição social, do nosso estar no mundo e 72,70% que a cultura dita normas em relação ao corpo.

Por outro lado, os alunos concordaram que no corpo, algumas partes são mais importantes que outras (77,60%), que a contribuição do corpo para a organização do pensamento é nula (71,70%), que a dor não ajuda a conhecer o corpo (96,90%), que nossos órgãos dos sentidos estão no corpo com o objetivo de servir como acessórios para captar as ações específicas de cada um (78,0%), que se deve prender a uma avaliação do corpo do paciente que consta na ficha de anamnese para não dispersar (67,20%), que ao avaliar e tratar o corpo do paciente deve-se focar sua queixa e aprofundar neste aspecto (83,90%) e que a finalidade do corpo é realizar funções biológicas (64,30%).

Os resultados encontrados demonstram que a maior parte dos estudantes pensa no corpo apenas em seu aspecto biológico, negando o entendimento do homem como construção cultural e necessariamente social. Também não concordaram com as idéias de Merleau-Ponty (1996, p.272) de que é através do corpo que o ser humano estabelece a relação com o mundo, mais precisamente através de sua compreensão de que “o mundo é aquilo que nós percebemos através das experiências vividas pelo corpo”. Segundo Reeves et al.(2002), a maioria dos jovens não tem a mínima idéia da complexidade que rege nosso corpo. Percebida por meio de um campo de disciplinas que o divide em funções distintas, ele aparece freqüentemente como um simples ajuntamento de órgãos disparatados. Também o corpo não é apenas a soma de partes ou de órgãos, caso ocorra uma “desmontagem” do corpo, todos os órgãos estarão lá, mas o indivíduo... Portanto, o corpo não é apenas a soma de suas partes, é “muito mais” que isto.

Conseqüentemente, ao perceber o corpo do paciente, grande parte dos alunos sabe da importância de vê-lo como um todo, mas na pesquisa concordam em analisar a queixa do paciente em um só aspecto, desconsiderando outros fatores. Na prática da

universidade é rotina o paciente se queixar de “dor na coluna” e ser examinado, questionado, avaliado e tratado neste propósito, recebendo o rótulo de “o paciente da coluna”, sem que o ser humano que tem um nome, uma história, uma família e uma cultura, além dos fatores psicossociais presentes neste contexto, seja levado em consideração.

No sentido de aprofundar a discussão dessas temáticas, optou-se pelo espaço das aulas da Disciplina da Sociologia da Saúde (com o subgrupo de 21 alunos), cujo conteúdo programático foi dividido em momentos para facilitar o entendimento da seqüência lógica e ordenada dos assuntos, bem como a apresentação dos resultados, como demonstra a Tabela 03:

Tabela 03: Programação das temáticas e a metodologia utilizada na disciplina de Sociologia da Saúde no primeiro semestre de 2003, Natal, RN.

Período	Temáticas	Metodologia
I Momento	Perfil do grupo	Questionários e dinâmicas de grupo
II Momento	Homem e Sociedade Divisão de trabalho e classes sociais	Debates, leitura de imagens, textos, filmes, painéis
III Momento	A saúde como processo social	Filme, textos, discussões, dinâmicas de grupo
IV Momento	A contribuição da ciências sociais no campo da saúde A fragmentação do conhecimento Humanização da saúde	Filme, trabalho de campo, seminários.
V Momento	Reavaliação	Relatório do trabalho de campo, questionários auto-avaliação

Fonte: Plano de ensino da disciplina de Sociologia da Saúde do curso de Fisioterapia 2003.1, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

No primeiro momento, além da apresentação do programa da disciplina ocorreu o esclarecimento a respeito das aulas com relação ao aprofundamento de algumas questões da pesquisa, os seus pontos principais, explicação dos motivos e métodos utilizados, além do tempo de duração do trabalho, horários e rotinas, solicitação dos estudantes a cumprirem o estabelecido e a garantia do anonimato e sigilo sobre a autoria das respostas. Uma conversa inicial, também denominada “aquecimento”, foi

desenvolvida para criar um clima mais descontraído antes do início da aplicação dos questionários QUACOC aberto e fechado.

Pôde-se observar quanto a escolha do curso que 60% dos alunos escolheram Fisioterapia como 1ª opção no vestibular, pois realmente queriam esta profissão, enquanto que 40% vinham de vestibulares frustrados em Medicina (29%) e Odontologia (11%). Apesar desta característica, todos os pesquisados se mostravam satisfeitos com o curso.

Em relação a expectativa em torno da disciplina havia uma opinião influenciada pelas turmas anteriores de que se tratava de uma disciplina sem importância e, principalmente, sem qualquer ligação com a Fisioterapia. As respostas mais citadas oralmente a respeito da importância da disciplina de Sociologia para o curso de Fisioterapia eram:

“...não sei para que serve, espero descobrir ao final da disciplina.”,

“...deve ter alguma finalidade, pois do contrário não seria disciplina obrigatória.”,

“...ouvi falar que é muito cansativa”.

Examinando as disciplinas que compõem o currículo de formação do fisioterapeuta, encontra-se uma lacuna que pode interferir na sua atuação. Há uma significativa ausência de disciplinas voltadas para a formação científica, o que leva ao risco de se formar “consumidores de manuais” e pessoas que lêem no máximo a literatura técnica que freqüentemente acompanham os equipamentos. Tudo isto favorece o distanciamento do aluno das questões mais complexas, pois de uma maneira geral, os Fisioterapeutas são desencorajados das abordagens mais amplas e diversificadas. Deve-se levar em conta as limitações dos estudos generalizantes, entretanto, fica evidente o desestímulo ao exercício da reflexão do todo, onde os fenômenos particulares se desenvolvem (Medina, 1998). Além disso, a preocupação quase

exclusiva com a patologia, com a terapia e com as técnicas fisioterápicas são, de certa forma, uma clara negação e ignorância das múltiplas contribuições para se definir a atuação em Fisioterapia. Provavelmente, é neste momento do curso que o aluno deve ser estimulado a pensar diferente, pois se ele não se motivar através da reflexão durante a sua formação, futuramente poderá se tornar um profissional limitado junto à sociedade.

No segundo, terceiro e quarto momento, as temáticas abordadas foram: homem e sociedade, divisão de trabalho e classes sociais, a saúde como processo social, a contribuição das ciências sociais no campo da saúde, a fragmentação do conhecimento e a humanização da saúde.

Tendo em vista a falta de familiaridade com as ciências sociais, havia uma dificuldade quanto a assimilação do conteúdo, do entendimento dos textos e a necessidade de mais tempo para efetuar as leituras. Inicialmente, havia uma certa perplexidade em relação às temáticas, surgindo comentários como: “Será que eu preciso saber tudo isto para ser fisioterapeuta?” Para facilitar a compreensão dos textos e dos assuntos discutidos recorreu-se aos recursos didáticos como filmes, dinâmicas de grupo, trabalhos em pequenos grupos, discussões, reflexões.

Foi indispensável a relação entre a teoria estudada na disciplina e a prática profissional da Fisioterapia. A relação destes conteúdos com as habilidades específicas do fisioterapeuta serviram também como instrumento didático-pedagógico, fortalecendo a convicção de que é preciso, segundo Paim (1998) “pensar para agir e agir para pensar melhor”.

A temática “Processo saúde-doença” foi abordada em duas aulas. Solicitou-se a leitura e anotação das percepções obtidas por cada aluno a respeito dos textos de Nunes (2000) “A doença como processo social” e Chammé (2000) “Intervenção

Sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões”, por meio de um resumo crítico. Posteriormente, ocorreu a exibição de um filme de 22 minutos intitulado “O Processo saúde-doença” que abordou a relação da doença com o meio social. Após o filme foi realizada uma dinâmica pedagógica conhecida como “tempestade de idéias” de acordo com Libâneo (1996). Esta dinâmica facilitou a associação de novos conceitos às palavras “saúde” e “doença”. Após a exibição do vídeo, os alunos associaram os seguintes conceitos a fim de complementar a definição dos termos “saúde” e “doença”:

Quadro 03: Associação livre de palavras aos conceitos de saúde e doença.

SAÚDE É:	DOENÇA É:
-bem-estar físico mental e social	- debilidade
-qualidade de vida	- desequilíbrio
-prevenção	- fenômeno biológico influenciado por
-harmonia	- fatores sociais
-equilíbrio	- processo biopsicossocial
-preocupação pública	- complexidade fatorial

Fonte: Diário de campo

As falas entre professor/aluno e aluno/aluno enfatizaram que os profissionais da saúde, hoje, apresentam como características a perda da humanização de seus atendimentos, o excesso tecnológico da assistência e a superespecialização das áreas, que resultam mais em uma atuação ligada a realização de tratamentos do que a cuidados propriamente ditos. A compreensão dos alunos sobre o processo saúde-doença gerou as seguintes discussões sobre o tema:

“... A troca de saberes em diversas áreas facilita a compreensão do processo saúde doença...”;

“... a saúde está intimamente relacionada à desigualdade...”,

“... a população deve participar dos processos saúde-doença, pois se trata de sua própria saúde e vida...”,

“... o processo saúde-doença está também na dependência do processo dominação-subordinação”.

“... o individuo doente é fruto de sua vida em sociedade...”.

Após estas reflexões, discutiu-se sobre “Como o Fisioterapeuta entende a saúde e a doença?” Então, foi pedido que cada grupo associasse uma palavra como resposta a esta questão e a reunião dos grupos e das palavras transformou-as na seguinte expressão:

“O fisioterapeuta deve olhar para toda a dimensão da saúde que ultrapassa o contexto de doenças e suas causas, deve possuir uma visão global do ser humano, com um perfil que vai além da reabilitação”.

A temática do quarto momento associou temas como humanização, transdisciplinaridade e fragmentação do homem na saúde e após a exibição do filme “Patch Adams, o amor é contagioso” e discussões a respeito destes assuntos, foram obtidas a seguintes impressões:

“Conhecendo nosso verdadeiro papel, nosso trato com os pacientes passa a ser com os olhos da sociedade”;

“Percebemos que não adianta apenas um tratamento clínico, é necessário um tratamento humanizado”;

“Não adianta o fisioterapeuta cuidar dos ossos ou dos músculos do paciente, ele tem que cuidar do paciente”;

“Quando o fisioterapeuta se preocupa com o bem estar não só físico, mas psíquico e social do paciente, ele está demonstrando a importância do trabalho em equipe”;

“Ser um profissional transdisciplinar significa ousar, que não quer apenas curar o doente, mas trazê-lo novamente a vida em sociedade. É tornar-se capaz de enxergar novos horizontes, muitos deles esquecidos por outros profissionais”.

A partir dessas discussões anteriores, os conceitos de humanização, transdisciplinaridade, fragmentação puderam ser facilmente entendidos e amplamente discutidos. Também foi enfatizada a importância do conhecimento científico para o profissional de saúde e o quanto é difícil romper com as regras da formação positivista e tradicional da medicina para atuar de uma forma mais complexa.

Por meio das respostas durante vários momentos das aulas tornou-se possível verificar que os alunos apresentaram uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, considerando o paciente em toda sua complexidade. Corroborando os nossos achados, Morin (2002) relata que atuar com humanidade permite reconhecer o humano no outro como ser complexo, tornar-se apto a situar-se no mundo em sua própria terra, sua história, sua sociedade. Portanto, não basta enunciar as necessidades de se contextualizar o ensino para estes acadêmicos e de religar seus saberes, é preciso colocar tudo isto em prática e provavelmente isto seja possível através da disciplina Sociologia da Saúde, dentro desta visão transdisciplinar.

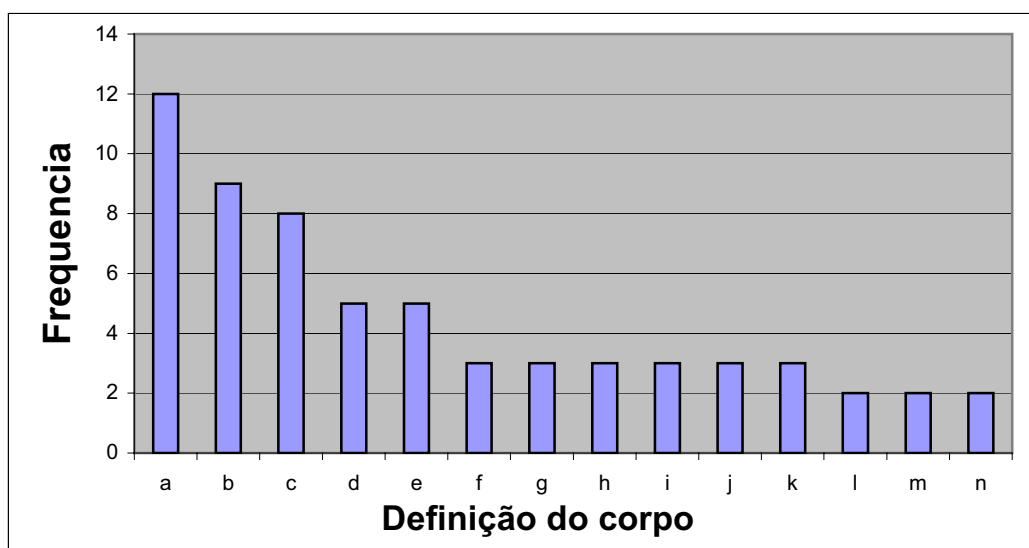
Após quinze encontros, as discussões acerca de temas como indivíduo, cultura e sociedade, a natureza social do homem, a construção histórico-social da realidade, a divisão de trabalho e classes sociais na sociedade capitalista, a divisão social do trabalho na Fisioterapia, a saúde como processo social, a fragmentação do homem, transdisciplinaridade e humanização da saúde, a contribuição das ciências sociais no campo da saúde, as condições de saúde no Brasil e as políticas de saúde, o papel do fisioterapeuta na sociedade e a história da Fisioterapia no Rio Grande do Norte provavelmente provocaram mudanças na maneira destes alunos olharem a profissão que escolheram.

O espaço das aulas de Sociologia da Saúde também foi utilizado para aplicação dos questionários QUACOC aberto e fechado, conforme já citado anteriormente, sendo

que os mesmos questionários foram aplicados no primeiro e no último dia de aula para efeito de comparação.

Analisando as respostas do questionário QUACOC aberto, em relação a primeira questão sobre definição de corpo, as palavras-chave associadas a definição de corpo mais encontradas durante a pesquisa foram:

Gráfico1: Distribuição de freqüência das palavras-chave associadas à definição de corpo pelos pesquisados, 1ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.

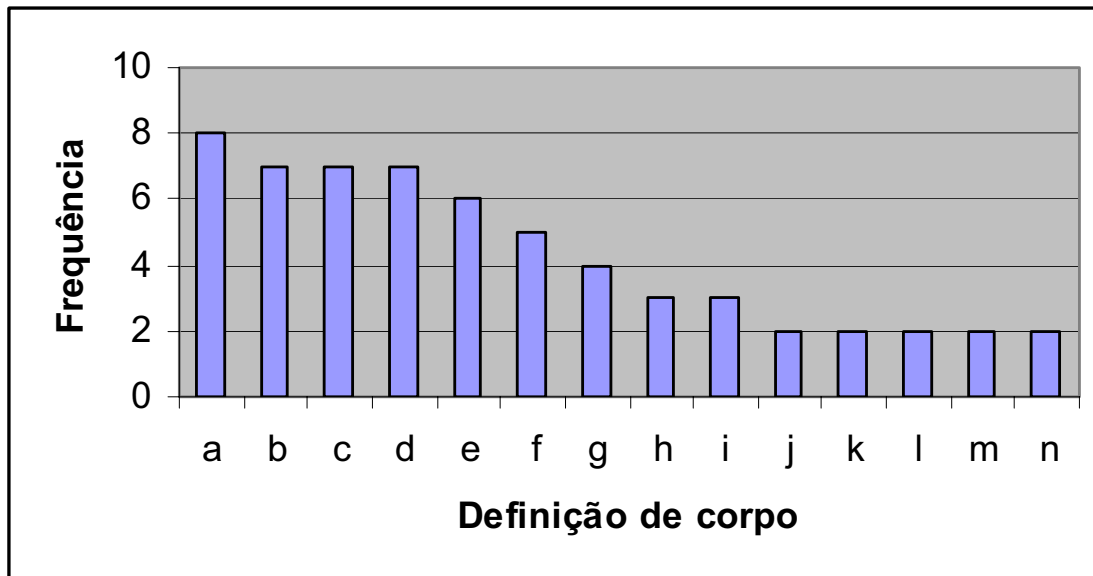


Legenda: a- Estrutura, b- Função, c- Emoção, d- Complexo, e- Orgãos, f- Sentimentos, g-Conjunto, h-Sistemas, i-Integração, j-Casa do espírito e da alma, k-Imagem, l-Máquina m- Movimento, n- Ser vivo.

Quanto ao conceito, a maior parte dos alunos define o corpo apenas de acordo com os seus aspectos físicos. É possível perceber, através da distribuição de freqüência, respostas como estrutura anatômica, conjunto de ossos, músculos e articulações que deve ser desenvolvida numa perspectiva de funcionalidade e movimento. Para nossa surpresa as palavras “emoção” e “sentimentos” aparecem em diversas respostas dos alunos, demonstrando que para alguns este conceito mecânico pode ser ultrapassado. Também há alguns que consideram o corpo como sagrado, quando citam como “casa do espírito e da alma”.

O Gráfico 02 mostra os resultados apresentados após as aulas de Sociologia da Saúde, em relação ao conceito de corpo:

Gráfico 02: Distribuição de frequência das palavras-chaves associadas a definição de corpo pelos pesquisados, 2ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.



Legenda: a- Função, b- Físico, c- Meio Social, d- Conjunto, e- Integração, f- Órgão, g-Ser vivo, h-“É o todo”, i-Harmonia, j-Células, k-Trabalho, l-Biológico m- Matéria, n- Comunicação.

Outras palavras-chave como organismo, estímulo, ambiente, imagem, máquina, formação, junção, elementos, manutenção, psicológico, cultural, existência, anatomia, bem-estar, articulação, sistema, sentimentos, adaptação, tecidos, alma, espírito, estrutura e pensamento fizeram parte das respostas nesta fase da pesquisa.

Percebe-se a presença, após as aulas de Sociologia da Saúde, dos termos “meio social”, “é o todo”, que demonstram um melhor entendimento da visão do corpo, como ressalta Porpino (1996) que o corpo é o relato de uma forma de ser no mundo e a maneira como o homem percebe seu corpo está estreitamente ligada à sua vida em sociedade.

Apesar disso, reconhece-se que o entendimento do corpo ainda está vinculado à compreensão citada nas respostas do 1ª aplicação do QUACOC aberto, pois esse

entendimento foi construído durante a formação do aluno. O termo estrutura, mais freqüente nas respostas anteriores, deu lugar a palavra função, reforçando a idéia da funcionalidade, ou seja, do corpo objeto ou corpo instrumento, como Porpino (1996) também descreve em seu trabalho.

Complementando o questionamento anterior, foi solicitado que cada participante da pesquisa associasse, de forma comparativa, o corpo humano a algo que realmente ele pudesse se assemelhar. As descrições das falas mais importantes fazem parte da Tabela seguinte:

Tabela 4: Descrições das falas mais expressivas em relação à comparação do corpo humano segundo a percepção dos entrevistados, 1ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.

Comparação	Freqüência
MÁQUINA	7
"...até algo mais devido ao seu poder de renovação e capacidade de gerar nova vida"....	
"... que depende de sua sintonia para que tudo funcione bem..."	
"...necessita de revisão e cuidados."	
"...a cada dia vem evoluindo..."	
"...uma máquina inteligente como robô, onde os órgãos são as peças..."	
"...cada peça tem uma função específica que equivaleria a cada órgão do nosso corpo..."	
ÁRVORE	4
"...seu desenvolvimento está relacionado ao meio em que vive..."	
"...todas as estruturas tem fundamental importância para seu funcionamento..."	
"...nasce, cresce, reproduz e morre."	
"...precisa de cuidados mas não exagerados..."	
FÁBRICA	2
"...onde cada peça tem a sua função..."	
"...por mais simples que seja a função de uma das peças, o mal funcionamento de uma delas gera transtornos..."	
"COMPUTADOR	2
"...já tem suas funções programadas desde o nascimento e cada parte tem uma função específica..."	

Quando comparado a algo, o corpo humano foi, na maioria das respostas, comparado a uma máquina ou ao computador, que também é uma máquina, confirmando os dados citados na literatura sobre a influência mecanicista. A comparação a uma fábrica reforça esta idéia, principalmente quando diz que cada parte

tem sua função. Os cursos universitários têm sido considerados obsoletos e formam profissionais não adequados à realidade social brasileira. A universidade hoje vive uma crise de identidade, pois ainda forma profissionais seguindo o modelo fordista de produção, sendo que este se encontra superado na atual fase do desenvolvimento capitalista (Rosa, 2000). Weil, D’ambrosio e Crema (1993), exemplificam a fragmentação através da sátira de Chaplin “Tempos Modernos”, que demonstra muito bem que cada um aperta o parafuso que lhe cabe, ou seja, o filósofo pensa, o matemático calcula, o seminarista reza, o padeiro faz pão, o poeta sente, o marceneiro martela, o cientista comprova, o professor ensina, o fisioterapeuta... e tantos parafusos mais. Esse retalhamento de funções faz com que todos dependam de todos, tornando-se alienados da consciência da inteireza, todos acabam sofrendo de um tipo de invalidez psíquica e de uma certa imbecilidade funcional.

Mesmo após as aulas de Sociologia da Saúde, a presença da idéia do corpo-máquina é ainda muito freqüente. Ao comparar o corpo à máquina, o aluno coloca o fisioterapeuta no papel de mecânico, ou seja, profissional que, de posse da máquina, deverá manusear suas peças (seus músculos e ossos, por exemplo) e moldá-las, consertá-las e torná-las capazes de realizar suas funções adequadamente. Felizmente, se percebe que a comparação ao universo, significando uma visão do corpo complexo, integral, e associado ao seu meio também foi representativa nas respostas da 2ª aplicação do questionário QUACOC aberto.

Tabela 05: Descrição das falas mais expressivas em relação a comparação do corpo humano segundo a percepção dos entrevistados – 2ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.

Comparação	Freqüência
MÁQUINA “...precisa de alimento, quando falha precisa de assistência possui limites...” “...é perfeita mas necessita de cuidados especiais.”	4
UNIVERSO “...é preciso entendê-lo como um todo...”	4

“...qualquer desequilíbrio pode resultar em complicações maiores.”

“...há partes distintas mas funciona de forma integrada...”

“...a sua perfeita construção, tudo fora e dentro dele tem função...”

COMPUTADOR

3

“...precisa de funções vitais para funcionar...”

“...quando está em bom estado funciona bem mas se alguma tiver algum defeito, será prejudicado e pode até parar...”

SOCIEDADE

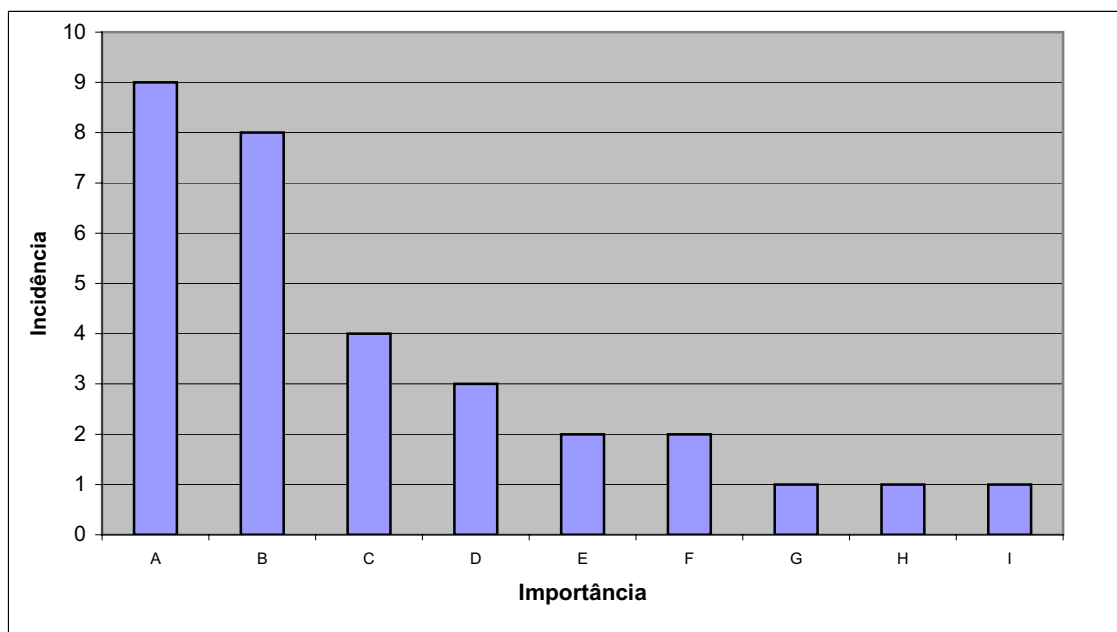
2

“...as partes seriam as pessoas que fazem parte da sociedade...”

“...igual a ela, o corpo possui um organizador central que coloca em harmonia todas as outras funções, quando esse organizador entra em colapso, as funções ficam desorganizadas.”

Durante o questionamento a respeito da importância do conhecimento do corpo, os motivos apresentados foram descritos no Gráfico 03:

Gráfico 03: Importância do conhecimento do corpo pelo fisioterapeuta na opinião dos pesquisados, 1ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.



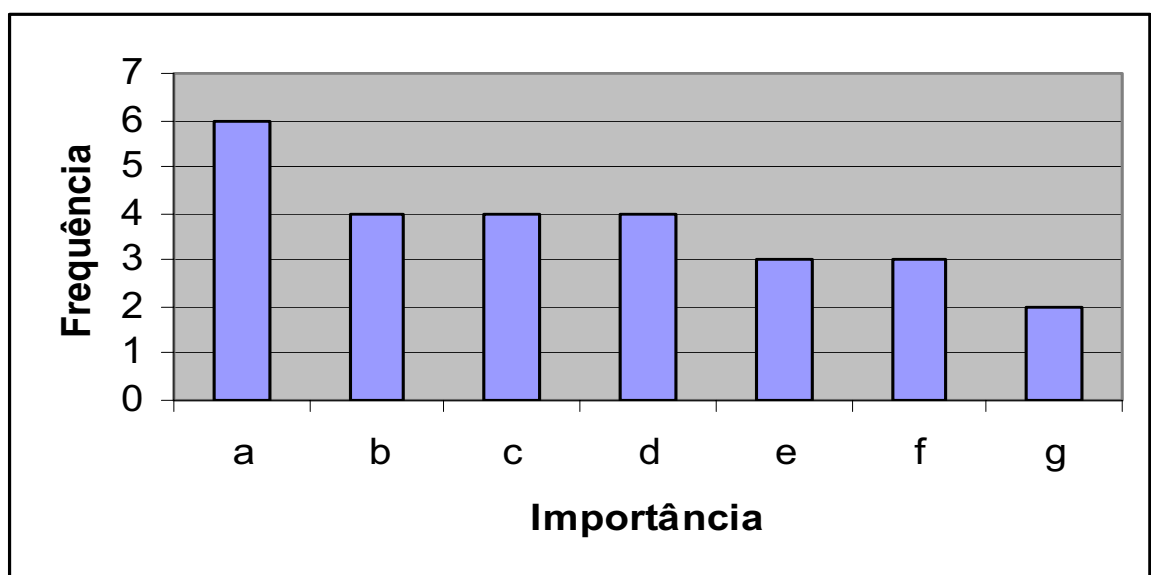
Legenda: A-Elaborar tratamentos e tratar doenças, B-Descobrir doenças, diagnosticar e avaliar o corpo, C- Entender o funcionamento do corpo, D- Conhecer seus limites e possibilidades, E- Prevenir doenças, F- Conhecer suas características e influências biológicas e psicossociais, G- Melhorar a qualidade de vida, H- O corpo é nosso objeto de trabalho, I- Observar emoções e sentimentos.

Na análise dos dados encontrados sobre a importância do conhecimento do corpo observa-se que a “doença” está presente em três modalidades de resposta, sendo que tratá-la é um dos pontos mais citados. Houve também quem atribuísse a importância de conhecer o corpo por ser o instrumento de trabalho do fisioterapeuta.

Quando se refere a sua funcionalidade, o corpo torna-se utilitário para que exerça suas funções adequadamente, passando a ser o instrumento usado pelo profissional no desempenho de sua profissão. Para Merleau-Ponty (1996), pensar o corpo como objeto e entender o ser humano numa relação de causalidade com o mundo que o cerca, negando assim a relação de unidade existente entre o homem e o mundo percebido é negar a sua condição de sujeito de sua própria história, ou seja, o objeto de trabalho do fisioterapeuta fica, assim, unido ao trauma, a doença, oportunizando uma série infinita de “modalidades” ou “técnicas” de atendimento que, nas “caixinhas” que cada disciplina ou método representa, separam os saberes por região ou função do corpo humano.

Após as aulas de Sociologia da Saúde, o pensamento dos alunos em relação a importância do conhecimento do corpo pelo fisioterapeuta foi demonstrado no Gráfico 04:

Gráfico 04: Importância do conhecimento do corpo pelo fisioterapeuta na opinião dos pesquisados – 2ª aplicação, QUACOC aberto, Natal/RN, 2003.



Legenda: a- Ajudar as pessoas, levar para a sociedade o conhecimento do corpo e de seu funcionamento, b-Conhecer seu funcionamento para saber tratá-lo, c- Saber lidar com o corpo como um todo, em todos os seus aspectos é importante para a saúde do homem, d-Conhecendo meu corpo, eu me conheço melhor, e- Permite o domínio de suas ações, f-Melhora da minha qualidade de vida e da qualidade de vida do meu paciente, g- Conhecer os limites.

Percebe-se uma mudança de opinião dos alunos após as aulas de Sociologia da saúde, pois os dados do Gráfico 04 mostram que a importância do conhecimento do corpo passa a estar relacionada a preocupação em ajudar as pessoas, enquanto seres humanos. Há citação também do tratamento do corpo como um todo e que cada pessoa se conhece melhor através do autoconhecimento do corpo, coincidindo com as idéias de Polack (1997) e Polack (1998). Para este autor, compreender o conceito de corpo é reaprender a sentir, a não ter respostas prontas, é ter disponibilidade, flexibilidade e abertura para o outro e para o mundo. É aprender a pensar não apenas a partir de resultados, mas também dos nossos sentimentos e idéias. É assim a nova condição humana, com base em nossa liberdade. Portanto, o conhecimento e a compreensão do corpo é fundamental para uma abordagem mais humana na área da saúde.

Sobre a atuação do fisioterapeuta em relação ao corpo, foram constatados os seguintes relatos, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5: Atuação do fisioterapeuta em relação ao corpo de acordo com os relatos dos alunos pesquisados, 1ª aplicação – QUACOC aberto, Natal, RN, 2003.

Atuação do fisioterapeuta no corpo	Freqüência
Conhecendo a anatomia e a funcionalidade do corpo para saber tratar e utilizar bem os recursos da fisioterapia	8
Reabilitando, retornando ao que era antes	7
Na prevenção e no tratamento de patologias	6
De forma geral, vendo o paciente como um todo e não por partes, observando os aspectos biopsicossociais	3
Com respeito e seriedade	3
Diagnosticando e tratando	2
Com consciência e observando seus limites	2

Quanto a atuação do Fisioterapeuta em relação ao corpo repetem-se as idéias de funcionalidade, tratamento, reabilitação, sempre pensando no uso das técnicas de Fisioterapia. Se a atuação do fisioterapeuta, de antemão, nos coloca diante de um “tratamento”, desvirtua a indissociabilidade que deveria prevalecer na formação do

profissional universitário que vislumbramos, dando apenas ênfase a questão do aprendizado de como “atender” ou “tratar” alguma alteração de ordem física.

Em algumas respostas, fomos surpreendidos com citações como “atuar vendo o paciente como um todo, observando aspectos biopsicossociais”, “é importante conhecer o corpo inclusive as influências biológicas e psicossociais”, mas, o número de reflexões a este respeito foi inexpressivo. A grande maioria dos resultados encontrados reforça as conclusões que Rocha (2002b) e Nóbrega (1995) chegaram em seus trabalhos de que as considerações acerca do corpo no processo de formação do profissional fisioterapeuta têm se limitado aos aspectos anátomo-fisiológicos e as consequências desse fato podem ser avaliadas na maior parte das respostas sugeridas nesta pesquisa: corpo-máquina, estrutura, função, elaborar tratamentos e tratar doenças, etc. Tal visão é consequência do pensamento linear de causa-efeito decorrente em parte do paradigma cartesiano. A analogia de corpo-máquina coincide com a influência de Descartes que afirma que o corpo está sujeito às leis do universo, por isso a sua fisiologia segue os mesmos princípios da Mecânica.

Após as aulas de Sociologia da saúde, aumentou o número de respostas que demonstram a preocupação com o paciente/corpo como um todo, com a prevenção e com a qualidade de vida, considerando a importância do conhecimento do corpo e que o tratamento técnico sozinho não é eficaz, como demonstra a Tabela 06:

Tabela 06: Atuação do fisioterapeuta em relação ao corpo de acordo com os relatos dos alunos pesquisados – 2º aplicação – QUACOC aberto – Natal/RN, 2003

Atuação do fisioterapeuta no corpo	Frequência
Ter o conhecimento do corpo como um todo, visando o bem estar geral do paciente	7
Buscando a prevenção e a reabilitação	4
Buscando o equilíbrio e a função	3
Com domínio de conhecimento do corpo	3
Buscando a promoção da qualidade de vida	3
Utilizando o contato físico e emocional, não apenas técnico	3
Tratando o corpo, melhorando as condições do paciente	2

Diante dos resultados obtidos, a concepção de corpo dos estudantes de Fisioterapia segue as mesmas bases conceituais que orientam a saúde. O corpo humano para ser compreendido é considerado máquina e estudado em seus aspectos mais reduzidos, fragmentado em suas menores partes, descontextualizado e sem vida. Essa concepção, segundo Silvadon e Fernandez-Zoila (1988), identificada como cartesiana e ainda presente no contexto educacional, tem permitido sua análise em termos de peças constituintes, onde a doença é vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos que, estudados do ponto de vista reducionista da biologia molecular e celular, permite ao profissional da saúde de intervir, fisicamente para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.

Para a maioria dos Cursos de Fisioterapia, parece não existir uma preocupação com o processo mórbido mental e espiritual que gera a doença e o doente é abordado através de aparelhos altamente sofisticados que tentam consertar partes do seu corpo e/ou com protocolos fechados de exercícios físicos. No fundo, o acúmulo de conhecimento tecnológico leva ao desconhecimento do problema propriamente dito; a comparação e a redução de tudo a categorias fechadas parece não propiciar o conhecimento autêntico da essência.

Foi solicitado aos alunos do subgrupo que indicassem as três disciplinas mais importantes e as três menos importantes no Curso de Fisioterapia. O resultado pode ser visto na Tabela 07. Foram excluídas as disciplinas que receberam apenas 01 voto, pois foram várias e dificultariam a visualização dos resultados.

Tabela 07: Distribuição de freqüência das disciplinas mais importantes e menos importantes para o curso de Fisioterapia segundo os estudantes na aplicação prévia do questionário, Natal/RN, 2003.

Disciplina mais importantes	Freq.	Disciplinas menos importantes	Freq.
Cinesiologia.....	12	Filosofia.....	03
Anatomia.....	09	Antropologia.....	03
Fisiologia.....	06	Psicologia.....	03
Cinesioterapia.....	05	Bioestatística.....	02
Fisiopatologia.....	04	Sociologia.....	02
Patologia.....	02	Metodologia da pesquisa científica.....	02
Biologia celular.....	02	Não se lembra ou não sabe.....	02
Fisiopatologia em ortopedia e traumatologia.....	02	Não há disciplina sem importância.....	06
Hidroterapia e mecanoterapia.....	02		
Imunologia.....	02		
Todas as disciplinas são importantes.....	07		

Legenda: Freq. – Frequência

Fonte: Pesquisa de campo

Analisando-se preliminarmente, os dados demonstram a predominância das disciplinas “técnicas” como as mais importantes e as disciplinas classificadas como “humanísticas” como as menos importantes, confirmando as citações de Rebelatto e Botomé (1999), que embora haja um ciclo de matérias de formação geral (incluindo disciplinas de ciências sociais e humanas) que abrangem os estudos do homem, de suas relações sociais, dos processos saúde-doença, parece ocorrer grande resistência por parte dos alunos da área de saúde a estas disciplinas.

Posteriormente, no último encontro, foi solicitada a opinião dos pesquisados a respeito das disciplinas consideradas mais e menos importantes para o curso de Fisioterapia. Os resultados constam na Tabela 08 e também foram excluídas as disciplinas que receberam apenas 01 voto pelo mesmo motivo citado anteriormente.

Tabela 08: Distribuição de frequência das disciplinas mais importantes para o curso de Fisioterapia segundo os estudantes na aplicação posterior do questionário, Natal/RN, 2003.

Disciplinas mais importantes	Freq.	Disciplinas menos importantes	Freq.
Sociologia.....	03	Histologia.....	02
Psicologia.....	03	Psicologia.....	02
Anatomia.....	02	Antropologia.....	02
Ortopedia e traumatologia.....	02	História da Fisioterapia.....	02

Fisiologia.....	02	Administração.....	02
Fisioterapia respiratória.....	02	Não há disciplina menos importante...	16
Fisioterapia aplicada a cardiologia e angiologia....	02		
Não sabe.....	02		
Todas as disciplinas são importantes, tanto humanísticas quanto da saúde.....	15		

Legenda: Freq. – Frequência

Fonte: pesquisa de campo

As respostas dos alunos ao questionário mesclam de comentários reconhecendo a relevância das disciplinas em geral, colocando no mesmo nível as humanísticas e técnicas.

Em relação ao questionamento sobre qual a importância da disciplina de Sociologia para o Curso de Fisioterapia, foi unanimidade no término da referida disciplina a confirmação desta importância e apresentadas como justificativas mais frequentes nos relatos do diário de campo as citadas na Tabela 09:

Tabela 09: Importância da disciplina de Sociologia no Curso de Fisioterapia segundo a opinião dos alunos da UFRN, Natal, RN, 2003.

Importância da disciplina de Sociologia	Frequência
Conhecer a realidade social do paciente e poder analisa-lo como um “todo” para propor um tratamento eficaz	7
Proporcionar um conhecimento que integra a Fisioterapia e a sociedade, pois o profissional precisa conhecer a realidade de cada um e suas relações.	6
Ter uma visão mais humanizada da saúde	5
Entender melhor o trabalho em equipe de saúde	3
Aprendemos a valorizar também outras disciplinas como a antropologia, psicologia, ética etc...	3
Conhecer a realidade profissional do Fisioterapeuta	2

Fonte: pesquisa de campo

Retomando as expectativas relacionadas à disciplina de Sociologia da saúde, manifestadas no primeiro dia de aula, grande parte delas foi contemplada segundo as respostas dos alunos. Houve também uma reivindicação por aumento de carga horária desta disciplina e a solicitação da participação constante de um fisioterapeuta na construção e durante o decorrer da disciplina, pois, desta forma, torna-se possível

estabelecer a ponte entre a teoria e a prática profissional, que despertou muito interesse para participação das aulas e um esclarecimento maior do conteúdo.

Corroborando as idéias de Rebelatto e Botomé (1999), quanto mais o conhecimento for apenas “reproduzido” e “transmitido”, em vez de também ser produzido, levando em consideração a realidade circundante, mais distante estarão os futuros profissionais de obter resoluções para os problemas da população que os procura. Dessa forma, a concepção de universidade como uma organização capaz de produzir conhecimento e como local de debates sobre as soluções alternativas para os problemas do País, perde terreno para essa concepção acentuadamente reprodutiva e transmissora de informações práticas, em geral, técnicas.

Finalmente, a Tabela 10 mostra a comparação das respostas do subgrupo de alunos do 2º. Período antes e após as aulas de Sociologia da saúde, em relação ao questionário QUACOC fechado.

Tabela 10: Distribuição dos valores absolutos e percentuais das respostas obtidas para as perguntas do questionário de acordo com a aplicação, em 21 alunos do segundo período. Natal, RN. 2004.

		Aplicação				Total	
		Primeira		Segunda		N	%
		N	%	N	%		
Questão 01	Discordo Totalmente	0	4,60%	0	0,00%	6	4,10%
	Discordo	0	11,50%	2	14,30%	17	11,70%
	Concordo	13	61,80%	14	42,90%	87	60,00%
	Concordo Totalmente	8	22,10%	15	42,90%	35	24,10%
Questão 02	Discordo Totalmente	1	5,30%	1	7,10%	8	5,50%
	Discordo	9	27,50%	3	28,60%	40	27,60%
	Concordo	11	58,80%	12	64,30%	86	59,30%
	Concordo Totalmente	0	8,40%	5	0,00%	11	7,60%
Questão 03	Discordo Totalmente	0	18,50%	5	14,30%	26	18,10%
	Discordo	16	56,20%	11	50,00%	80	55,60%
	Concordo	4	22,30%	4	28,60%	33	22,90%
	Concordo Totalmente	1	3,10%	1	7,10%	5	3,50%
Questão 04	Discordo Totalmente	1	12,50%	4	0,00%	16	11,30%
	Discordo	15	60,20%	11	28,60%	81	57,00%
	Concordo	5	21,10%	5	71,40%	37	26,10%
	Concordo Totalmente	0	6,30%	1	0,00%	8	5,60%
Questão 05	Discordo Totalmente	9	40,20%	9	50,00%	60	41,10%

	Discordo	12	39,40%	8	42,90%	58	39,70%
	Concordo	0	13,60%	2	7,10%	19	13,00%
	Concordo Totalmente	0	6,80%	2	0,00%	9	6,20%
Questão 06	Discordo Totalmente	0	0,80%	0	0,00%	1	0,70%
	Discordo	0	5,30%	2	0,00%	7	4,80%
	Concordo	6	36,40%	3	7,70%	49	33,80%
	Concordo Totalmente	14	57,60%	15	92,30%	88	60,70%
Questão 07	Discordo Totalmente	0	3,30%	0	0,00%	4	2,90%
	Discordo	2	18,70%	2	15,40%	25	18,40%
	Concordo	15	52,80%	15	69,20%	74	54,40%
	Concordo Totalmente	2	25,20%	2	15,40%	33	24,30%
Questão 08	Discordo Totalmente	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Discordo	0	3,10%	0	0,00%	4	2,80%
	Concordo	3	18,80%	6	14,30%	26	18,30%
	Concordo Totalmente	18	78,10%	14	85,70%	112	78,90%
Questão 09	Discordo Totalmente	3	3,10%	1	7,10%	5	3,40%
	Discordo	5	15,30%	4	42,90%	26	17,90%
	Concordo	8	44,30%	8	42,90%	64	44,10%
	Concordo Totalmente	5	37,40%	6	7,10%	50	34,50%
Questão 10	Discordo Totalmente	6	16,90%	5	35,70%	27	18,80%
	Discordo	12	50,00%	8	42,90%	71	49,30%
	Concordo	2	23,80%	7	21,40%	34	23,60%
	Concordo Totalmente	0	9,20%	1	0,00%	12	8,30%
Questão 11	Discordo Totalmente	0	0,00%	0	1,50%	2	1,40%
	Discordo	0	21,40%	3	16,80%	25	17,20%
	Concordo	10	35,70%	8	51,10%	72	49,70%
	Concordo Totalmente	11	42,90%	10	30,50%	46	31,70%
Questão 12	Discordo Totalmente	0	2,40%	0	0,00%	3	2,10%
	Discordo	2	15,70%	3	0,00%	20	14,20%
	Concordo	12	63,00%	14	78,60%	91	64,50%
	Concordo Totalmente	7	18,90%	3	21,40%	27	19,10%
Questão 13	Discordo Totalmente	3	18,30%	1	7,10%	25	17,20%
	Discordo	5	45,00%	7	50,00%	66	45,50%
	Concordo	12	33,60%	12	28,60%	48	33,10%
	Concordo Totalmente	1	3,10%	1	14,30%	6	4,10%
Questão 14	Discordo Totalmente	1	0,00%	0	2,30%	3	2,10%
	Discordo	3	35,70%	6	23,80%	36	25,00%
	Concordo	14	50,00%	11	63,10%	89	61,80%
	Concordo Totalmente	3	14,30%	4	10,80%	16	11,10%
Questão 15	Discordo Totalmente	0	2,30%	2	14,30%	5	3,50%
	Discordo	3	18,50%	2	14,30%	26	18,10%
	Concordo	11	57,70%	15	64,30%	84	58,30%
	Concordo Totalmente	7	21,50%	2	7,10%	29	20,10%
Questão 16	Discordo Totalmente	11	43,80%	13	42,90%	63	43,80%
	Discordo	0	41,50%	0	50,00%	61	42,40%
	Concordo	8	11,50%	6	0,00%	15	10,40%
	Concordo Totalmente	2	3,10%	1	7,10%	5	3,50%
Questão 17	Discordo Totalmente	13	31,50%	13	57,10%	49	34,00%
	Discordo	7	53,80%	7	35,70%	75	52,10%
	Concordo	0	12,30%	0	0,00%	16	11,10%
	Concordo Totalmente	1	2,30%	0	7,10%	4	2,80%

Questão 18	Discordo Totalmente	20	60,60%	19	92,90%	93	63,70%
	Discordo	1	18,20%	1	0,00%	24	16,40%
	Concordo	0	9,80%	1	0,00%	13	8,90%
	Concordo Totalmente	0	11,40%	0	7,10%	16	11,00%
Questão 19	Discordo Totalmente	8	27,50%	11	50,00%	43	29,70%
	Discordo	8	33,60%	5	28,60%	48	33,10%
	Concordo	5	29,00%	3	21,40%	41	28,30%
	Concordo Totalmente	0	9,90%	2	0,00%	13	9,00%
Questão 20	Discordo Totalmente	0	4,50%	0	7,10%	7	4,80%
	Discordo	0	6,10%	2	0,00%	8	5,50%
	Concordo	8	27,30%	6	28,60%	40	27,40%
	Concordo Totalmente	13	62,10%	13	64,30%	91	62,30%

As respostas dos alunos na 1ª. e na 2ª. aplicação do questionário QUACOC fechado, demonstradas na Tabela 10, apresentam importantes mudanças em relação à compreensão do corpo. Após participarem das aulas de Sociologia da Saúde, o percentual de alunos a concordar que o corpo é mais uma realidade social do que biológica aumentou 44% em relação a primeira resposta, 18,1% mais respostas concordam que a cultura dita normas em relação ao corpo (sendo um total de 100% de respostas positivas) e mais 9,6% de respostas foram a favor de que enquanto corpo, eu tenho consciência da posição que ocupo ao desenvolver uma tarefa.

Outras citações que tiveram um crescimento importante discordavam de algumas perguntas: 17,5% mais alunos discordavam da afirmativa que, no corpo, algumas partes são mais importantes que outras, 31,6% mais respostas no segundo questionário discordavam que ao avaliar e tratar o corpo do paciente deve-se focar sua queixa e aprofundar neste aspecto, 14,1% mais respostas não aceitam que o fisioterapeuta, ao tratar o corpo de um paciente paraplégico, deve se preocupar com a sua reabilitação física, sendo desnecessária uma preocupação social e 13,3% mais alunos discordavam que o conhecimento do corpo não amplia o universo do indivíduo.

Todos esses dados somente fortalecem o que já foi citado anteriormente, as discussões sobre o corpo e suas relações com o processo saúde doença, com o meio

social e de que forma, na prática, o aluno pode aplicar este conhecimento na Fisioterapia, leva a um crescimento da atuação deste profissional nos aspectos biopsicossociais e está claro que a construção do conhecimento baseada na fragmentação em disciplinas não tem dado conta de atingir a complexidade da realidade.

Portanto, analisando as respostas dos alunos pesquisados e relacionando ao trabalho de Bendassoli (2001), constatou-se que a percepção que cada um tem de seu próprio corpo ou do corpo de outra pessoa ainda envolve uma série de componentes constitutivos, entre eles: o conhecimento científico que fragmenta o corpo em pedaços ou em peças permutáveis como órgãos, tecidos, substâncias e a sua separação do próprio homem, como se tratasse de uma máquina; o sentimento de propriedade particular por parte do indivíduo e finalmente, os fatores psicológicos e inconscientes ligados à formação e manutenção da imagem corporal. Todos estes itens que não estão isolados de um contexto sócio-histórico, ajudam a entender a importância da compreensão do corpo durante a formação de um profissional que trabalha diretamente com o ser humano.

5 CONCLUSÕES

A presença do modelo reducionista, com hipervalorização da especialização precoce, treinamento técnico e considerações puramente biológicas e mecânicas do corpo e sua mobilidade se confirmam através das respostas dadas pelos estudantes de Fisioterapia. Ao analisar a relação terapêutica no ensino da saúde, mesmo já havendo uma proposta de formação humanística para o Fisioterapeuta (presente nas diretrizes curriculares dos cursos), o processo acadêmico ainda se prende muito aos aspectos anátomo-fisiológicos e funcionais.

Não cabe a nós julgarmos ou qualificarmos as compreensões dos estudantes acerca do corpo, pois acreditamos que nossas concepções são elaboradas a partir de nossa relação com o mundo e as formas de percebê-las certamente são peculiares a cada um. Entretanto, com a valorização da assistência individualizada, da especialidade e da utilização de métodos e técnicas sofisticadas, com alunos participando de estágios predominantemente clínicos, a concepção do corpo do paciente será sempre limitada, conforme os achados desta pesquisa demonstraram, principalmente entre os estudantes que já se encontram em disciplinas.

Estas considerações incomodam e fazem-nos questionar que diante das dificuldades sócio-econômicas e políticas que o futuro profissional provavelmente irá se deparar, e, diante também de um novo modelo assistencial de saúde que exige competências e habilidades para reconhecer a realidade global, além de identificar e solucionar problemas, como será possível uma atuação eficaz deste profissional, se há uma grande limitação em relação ao reconhecimento da influência desses aspectos no seu paciente/cliente e de que forma ele poderá intervir?

Assim, ao final deste trabalho, percebemos e sugerimos que:

- 1- A comprovação da importância de um conhecimento dialógico do corpo humano e de que, se a formação do Fisioterapeuta abordar estes aspectos, poderá promover um crescimento em relação ao conceito de saúde e uma verdadeira atuação deste profissional em relação à mesma. O corpo é o elo de ligação com o meio social, portanto, por meio da compreensão do corpo de forma complexa, o fisioterapeuta terá capacidade de assistir seus pacientes considerando as características não apenas biológicas, porém, também religiosas, políticas, sociais e éticas que se encontram inseridas nesse processo.
- 2- Os cursos das ciências da saúde, como a Fisioterapia, devem ter o objetivo principal de formar um profissional preparado para a sociedade em que vivemos. O Currículo do Curso de Fisioterapia deve ser, não só na teoria, mas também na prática, permeável aos novos cenários do século XXI, na busca da humanização da saúde, de forma a permitir a formação de um profissional com base sólida e com visão global do paciente. Vale ressaltar que a aplicação desse pensamento às Diretrizes curriculares e aos projetos políticos pedagógicos já acontece, mas não será uma tarefa fácil a efetiva modificação dos currículos para que se atenda a estes propósitos.
- 3- A visão transdisciplinar esperada na formação do fisioterapeuta poderá preparar este aluno para a cidadania, enfatizando a preocupação com o respeito aos colegas, pacientes e com a qualidade de vida, desenvolvendo a habilidade do trabalho em equipe, dentro das comunidades, o pensamento crítico, a capacidade de solucionar problemas dentro da equipe e o incentivo a pesquisas com aplicação dentro de uma equipe de saúde.

4- A contribuição das Ciências Sociais não se dá apenas na reflexão do processo saúde-doença, embora esse tema tenha relevância e ocupe muitas discussões. Sugere-se levar o estudante a um maior entendimento da historicidade da Fisioterapia, da organização da prática fisioterapêutica, do trabalho e da profissão, como uma das questões de maior importância e que necessitam de uma reforma do pensamento, a fim de que incidam transformações sobre as intervenções políticas, sociais e educacionais, ou seja, aos múltiplos processos sociais que são de interesse da sociedade como um todo e das questões profissionais do fisioterapeuta. Essa sugestão não descarta o ensino da Sociologia associado a programas de atenção comunitária, de ordem primária, sem desfigurar sua especificidade, pois ele trará aportes importantes à compreensão do significado dos problemas coletivos e individuais de saúde de grupos e segmentos sociais. É importante também que os docentes da disciplina de sociologia dos cursos da área da saúde, entre eles Fisioterapia, têm a responsabilidade de facilitar a reflexão com abordagens problematizadoras, fazendo o intercâmbio entre as ciências sociais e a prática profissional, contextualizando o conhecimento à realidade da profissão na sociedade atual. Empenhando-se desta forma, a disciplina de sociologia poderá ser um dos caminhos para se chegar a uma nova compreensão do corpo dentro da formação profissional do fisioterapeuta, pois poderá contribuir para o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas pelo futuro profissional que provavelmente irá encontrar um mercado de trabalho exigente e competitivo.

Certamente, este não é um estudo conclusivo, pois vivemos uma fase de transformações em relação a formação profissional do fisioterapeuta. A continuidade

dessas reflexões deve-se estender à análise dos projetos políticos pedagógicos de instituições que modificaram seus currículos e também por aquelas que ainda não passaram por este processo. Além disso, torna-se importante uma discussão ao nível de docentes, pois eles enquanto agentes formadores devem estar envolvidos neste processo e em consonância com as novas propostas.

Portanto, há muito a fazer, este trabalho está apenas começando...

ANEXOS

ANEXO 01 COMITÊ DE ETICA (XEROX)

ANEXO 02

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Leia com atenção:

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a percepção que os alunos do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Potiguar possuem acerca do seu corpo e do corpo do outro. Também visa contribuir para a ampliação da compreensão de corpo pelos alunos do curso de Fisioterapia, estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o sujeito de estudo, de trabalho e das suas práticas profissionais. Pretende finalmente verificar, a partir da análise do Projeto Político Pedagógico do curso de Fisioterapia, a fragmentação do conhecimento repassada pelo curso e suas conseqüências na formação profissional do Fisioterapeuta.

Eu,

_____, fui informado(a) da metodologia e dos fins a que se destina a pesquisa “A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta” e **concordo em dela participar de livre e espontânea vontade. Autorizo que os esclarecimentos por mim fornecidos por meio de entrevistas e/ou depoimentos, seja ele oral, escrito, por documentos, fotos ou gravação em fita K7, vídeo ou filme sejam tornados públicos, desde que sem prejuízo de minha imagem, com garantia do sigilo que assegure a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao meu cuidado, conforme o artigo IV.1 da Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – Resolução CONEP N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, pelo que declaro também que não pedirei ressarcimento ou indenização ao pesquisador(a) Patrícia Froes Meyer como também a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Potiguar.**

Natal, ____/____/____

Participante da pesquisa qualitativa (entrevista/depoimento espontâneo)

ANEXO 03 - QUESTIONARIO DE FARIAS E CARVALHO ORIGINAL
(XEROX)

ANEXO 04

QUESTIONÁRIO ADAPTADO

Esta escala consiste em 20 afirmativas referentes a crenças, opiniões e percepções que cada indivíduo tem sobre o corpo. Leia atentamente e marque a alternativa que expressa melhor suas opiniões. Você deve atribuir a cada frase um valor que vai de 1 a 4. Quanto mais você concordar com a expressão da frase, maior será o número que você dará a ela. Exemplo:

- 1- Discordo totalmente. (DT)
- 2- Discordo. (D)
- 3- Concordo. (C)
- 4- Concordo. (CT)

	DT	D	C	CT
1- O corpo é responsável pelos contatos com outras pessoas.	1	2	3	4
2- A finalidade do corpo é realizar funções biológicas.	1	2	3	4
3- A visão que tenho do mundo é dada pelo conhecimento que tenho do corpo.	1	2	3	4
4- O corpo é mais uma realidade social do que biológica.	1	2	3	4
5- O conhecimento do corpo não amplia o universo do indivíduo	1	2	3	4
6- O que ocorre na mente influencia o corpo	1	2	3	4
7- O corpo é moldado a partir das influências sociais	1	2	3	4
8- Ao avaliar e tratar um paciente é importante observar seu corpo como um todo.	1	2	3	4
9- Ao avaliar e tratar o corpo do paciente deve-se focar sua queixa e aprofundar neste aspecto	1	2	3	4
10- Devo me prender a uma avaliação do corpo do paciente que consta na ficha de anamnese para não dispersar.	1	2	3	4
11- Analisar o doente como ser humano completo evita que a doença persista.	1	2	3	4
12- A cultura dita as normas em relação ao corpo.	1	2	3	4
13- O corpo é o indicador de nossa posição social, do nosso estar no mundo.	1	2	3	4
14- Enquanto corpo, tenho consciência da posição que ocupo ao desenvolver uma tarefa.	1	2	3	4
15- Nossos órgãos dos sentidos estão no corpo com o objetivo de servir como simples acessórios apenas para captar as ações específicas de cada um.	1	2	3	4
16- A dor não ajuda a conhecer o corpo	1	2	3	4
17- A contribuição do corpo para a organização do processo do pensamento é nula.	1	2	3	4
18- O fisioterapeuta, ao tratar o corpo de um paciente paraplégico, deve-se preocupar com a sua reabilitação física, sendo desnecessária uma preocupação social.	1	2	3	4
19- No corpo, algumas partes são mais importantes que outras.	1	2	3	4
20- O corpo não pode ser considerado um objeto, pois eu não posso separar-me dele e nem separá-lo em partes.	1	2	3	4

ANEXO 05

QUESTIONÁRIO ABERTO:

- 1- Como você define CORPO?

- 2- Pra você é importante o conhecimento do corpo?

- 3- Na sua opinião, de que forma deve atuar o Fisioterapeuta em relação ao corpo? Por que?

- 4- Se você necessitasse fazer uma comparação, a que você compararia o corpo humano?

- 5- Quais as disciplinas que são importantes para a formação do Fisioterapeuta?
Quais as disciplinas não importantes para a formação do Fisioterapeuta?

ANEXO 06

QUESTIONÁRIO DE VALIDADE DE FACE

Nome do avaliador: _____

Profissão: _____ Tempo de profissão: _____

1) O questionário é de fácil leitura?

Não Sim

Justificativa: _____

2) As questões contidas no questionário são facilmente compreendidas?

Não Sim

Justificativa: _____

3) As alternativas de resposta do questionário são claras?

Não Sim

Justificativa: _____

4) O questionário possui erros tipográficos?

Não Sim

Justificativa: _____

5) O questionário apresenta tamanho de letra adequado?

Não Sim

Justificativa: _____

6) O questionário apresenta um tamanho adequado?

Não Sim

Justificativa: _____

7) Qual a média de tempo gasto para a aplicação do questionário?

Não Sim

Justificativa: _____

8) Qual a avaliação geral do questionário?

Ótimo Boa Regular Insuficiente

Comentários:

ANEXO 07

QUESTIONÁRIO DE VALIDADE DE CONTEÚDO – QUACOC FECHADO

Nome do avaliador: _____
Área de atuação: _____ Tempo de profissão: _____

Avalie o questionário em anexo e faça seu julgamento técnico a respeito da permanência ou não de itens na composição do mesmo. Sugestão de inclusão ou exclusão de itens serão muito bem vindas. Comentários pessoais e/ou técnicos a respeito de itens específicos melhorar a qualidade do nosso questionário que busca avaliar a compreensão do corpo pelo aluno de Fisioterapia.

3- O corpo é responsável pelos contatos com outras pessoas.

4- A finalidade do corpo é realizar funções biológicas.

5- A visão que tenho do mundo é dada pelo conhecimento que tenho do corpo.

4- O corpo é mais uma realidade social do que biológica.

5- O conhecimento do corpo não amplia o universo do indivíduo.

6- O que ocorre na mente influencia o corpo.

7- O corpo é moldado a partir das influências sociais.

8- Ao avaliar e tratar um paciente é importante observar seu corpo como um todo.

9- Ao avaliar e tratar o corpo do paciente deve-se focar sua queixa e aprofundar neste aspecto.

10- Devo me prender a uma avaliação do corpo do paciente que consta na ficha de anamnese para não dispersar.

11- Analisar o doente como ser humano completo evita que a doença persista.

12- A cultura dita as normas em relação ao corpo.

13- O corpo é o indicador de nossa posição social, do nosso estar no mundo.

14- Enquanto corpo, tenho consciência da posição que ocupo ao desenvolver uma tarefa.

15- Nossos órgãos dos sentidos estão no corpo com o objetivo de servir como simples acessórios apenas para captar as ações específicas de cada um.

16- A dor não ajuda a conhecer o corpo

17- A contribuição do corpo para a organização do processo do pensamento é nula.

18- O fisioterapeuta, ao tratar o corpo de um paciente paraplégico, deve-se preocupar com a sua reabilitação física, sendo desnecessária uma preocupação social.

19- No corpo, algumas partes são mais importantes que outras.

20- O corpo não pode ser considerado um objeto, pois eu não posso separar-me dele e nem separá-lo em partes.

QUESTIONÁRIO DE VALIDADE DE CONTEÚDO – QUACOC ABERTO

1- Como você define CORPO?

2- Pra você é importante o conhecimento do corpo?

3- Na sua opinião, de que forma deve atuar o Fisioterapeuta em relação ao corpo? Por que?

4- Se você necessitasse fazer uma comparação, a que você compararia o corpo humano?

5- Quais as disciplinas que são importantes para a formação do Fisioterapeuta?
Quais as disciplinas não importantes para a formação do Fisioterapeuta?

ANEXO 08 QUACOC FECHADO EM FORMATO PAISAGEM

ANEXO 09 – QUESTIONÁRIO QUACOC ABERTO

- 1- Como você define CORPO humano?

- 2- Pra você é importante o conhecimento do corpo humano?

- 3- Na sua opinião, de que forma deve atuar o Fisioterapeuta em relação ao corpo? Por que?

- 4- Se você necessitasse fazer uma comparação, a que você compararia o corpo humano?

- 5- Quais as disciplinas que são importantes para a formação do Fisioterapeuta?
Quais as disciplinas não importantes para a formação do Fisioterapeuta?

ANEXO 10

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DISCIPLINA SOCIOLOGIA I – PERÍODO 2003.1

SEGUNDAS-FEIRAS: 08hs às 11:30 hs

PROFESSORA COORDENADORA: Dra. VÂNIA DE VASCONCELOS GICO
ESTÁGIO DE DOCÊNCIA

DIÁRIO DE CAMPO

1. Protocolo nº _____ / _____

2. Temática da aula: _____

3. Número de participantes: _____ Horário: _____ às _____ Data: ____/____/____

7REFERÊNCIAS

1. Gava MV. Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: UMESP; 2004.
2. Vieira A. A corporeidade na escola postural [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.
3. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999.
4. Silva AM. Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo de felicidade. São Paulo: Autores Associados; 2001.
5. Medina JP. O brasileiro e seu corpo. 5ª ed. São Paulo: Papyrus; 1998.
6. Volp CM, Schwartz GM, Deustsch S. O conceito de corpo. Rev Motriz 1995; Dez 1(2):107-10.
7. Chebabi W. Corpo e Psicanálise. In: Villaça N, Góes F, Kosovski E, organizador. Que corpo é esse? novas perspectivas. Rio de Janeiro: Mauad; 1999.

8. Bendassolli PF. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. Rev Psicol Reflex Crít 2001; 14(1):145-150.
9. Porpino KO. O professor de educação física construindo o conceito de corpo [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1996.
10. Ibañez N, Marsiglia R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 49-71.
11. Rocha VM. Do corpo à corporeidade: repensando os saberes na formação do profissional fisioterapeuta [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002_a.
12. Manoel F. A corporeidade e a racionalidade do ser humano. Fisioter Bras 2000; Set/Out 1(1):43.
13. Santin S. Aspectos filosóficos da corporeidade. Rev Bras Ciên Esporte 1990;11(2):136-45.
14. Chamé SJ. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 271-284.

15. Barros FB, organizador. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.
16. Salem J. Hipócrates: conhecer, cuidar, amar. o juramento e outros textos. São Paulo: Landy, 2002.
17. Nunes ED. A doença como processo social. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o Ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 217-29.
18. Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde para o Ensino médico. São Paulo: Hucitec; 2000.
19. Guterman N. O Cirurgião dentista como educador em saúde: explorações em torno de uma prática. [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2002.
20. Rocha ACB. Elogio à ação social fisioterapêutica: projeto de extensão em Fisioterapia neurofuncional domiciliar em Canudos. In: Barros FB, organizador. O fisioterapeuta na saúde da População: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002_b. p. 77-83.
21. Santana JP, Campos FE, Sena RR. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. [Monografia] Brasília: PROFAE. [online]. 2004 Mar 7. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/profae>.

22. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001_a.
23. Marques AP, Sanches EL. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev Fisioter Univ São Paulo 1994;1:5-10.
24. Sthroschein J, Hagler P, May L. Assessing the need for change in clinical education practices. Phys Ther 2002; Feb 82(2):160-72.
25. Graham C. Conceptual learning processes in physical therapy students. Phys Ther 1996; Aug 76(8):123-29.
26. Tani, G. Perspectivas da educação física como disciplina acadêmica. In: 2º Simpósio Paulista de Educação Física; 1989; Rio Claro (SP). Anais. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 1989. v.2 p.2-12.
27. Sampaio RF. A experiência em Belo Horizonte. In: Barros FB, organizador. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002. p.11-15.
28. Carvalho CB. Análise do preparo do fisioterapeuta para atuar e intervir na área de reabilitação profissional. Salusvita 1999;18(2):7-23.

29. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 3ª ed. São Paulo:Cortez; 2001_b.
30. Deluiz N. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Rev Form 2001; Mai 2:5-15.
31. Santana JP, Christófaros MA. Educação, trabalho e formação profissional em saúde. [Citado 2004 Mar 07]. Disponível em:URL: <http://www.saude.gov.br/profae>.
32. Pereira LA, Centurião CCH, Rocha VM. Estratégias para a implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de fisioterapia. Rev Olho Mágico 2003; Out/Dez 10(4);26-30.
33. Brasil: Ministério da Educação e Cultura. Parecer CNE/CES n. 1210 [online]; 2001. [citado 2005 Jun 4]. Disponível em: URL: <http://mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/1210001ffto.doc>.
34. Teixeira RC. O profissional fisioterapeuta que queremos formar. Rev Fisio&terapia 2000;2(2):10-11.
35. Brasil: Ministério da Educação e Cultura. Parecer CNE/CES n. 4 de 19 de fevereiro de 2002 [online]. [citado 2005 Jun 4]. Disponível em: URL: <http://mec.gov.br/sesu/ftp/resoluções/190002ffto.doc>.

36. Brasil: Ministério da Educação e Cultura. Ensino Superior/graduação [online]. [citado 2005]. Disponível em: URL.: <http://www.mec.gov.br>.
37. Brasil: Ministério da Educação e Cultura. n. 67 de 11 de março de 2003 [online]. [citado 2005 Jun 4]. Disponível em: URL: <http://mec.gov.br/cne/pdf/ces0067.pdf>.
38. Seale J, Chapman J, Davey C. The influence of assessments on students' motivation to learn in a therapy. *Med Educ* 2000; Aug; 34(8):614-21.
39. Baugnet J, Boon H, Ostbye T. Complementary/Alternative medicine: comparing the views of medical students with students in other health care professions. *Med Stud Educ* 2000; Mar;32(3):178-84.
40. Reeves S et al. "It Teaches You What to Expect in Future...": interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. *Med Educ* 2002; 36:337-44.
41. Massey CM. A transdisciplinary model for curricular revision. *Nurs Health Care Perspect* 2001; Mar;22(2):85-98.
42. Finocchio L, Johnson C. A core curriculum in allied health education: current issues and future expectations. *J Allied Health* 1995; 24:203-19.

43. ABENFISIO[online]. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: URL: <http://www.abenfisio.com.br>.
44. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
45. Bauer MW, Gaskel G. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Manual Prático. Rio de Janeiro:Vozes; 2002.
46. SILVA NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP, 1998.124p.
47. Farias FR, Carvalho SACL. Escala de auto-avaliação sobre o esquema corporal. Arq Bras Psicol 1987; 39(3):23-35.
48. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
49. Lisboa F. Survey of best physical education practices for children with autistic behaviours [tese]. Columbus: Ohio State University; 2000.
50. Lakatos, EM. Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1988.

51. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

52. Paim JS. Descentralização das ações sociais e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta saúde para todos. [S.l.] : Instituto de Medicina Social; 1998. [Série: Estudos em saúde coletiva].

53. Libâneo JC. Didática. São Paulo:Cortez; 1996.

54. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002. 583 p.

55. Rosa JR. Novas tendências metodológicas no ensino em fisioterapia. Rev Olho Mágico 2000; 6(21):11-13.

56. Weil P, D'Ambrosio U, Crema R. Rumo à nova transdisciplinaridade. São Paulo: Summus; 1993.

57. Polak, YNS. O corpo como mediador da relação homem/mundo. Texto & Contexto Enferm 1997; Set/Dez 6(3):29-43.

58. Polak YNS. A desmecanização do corpo. Cogitare Enferm; 1998. 3(1):28-31.

59. Nóbrega TP. Aprendendo com o corpo: pressupostos filosóficos da corporeidade na educação física [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1995.

60. Silvadon P, Fernandez-Zoila A. Corpo e Terapêutica: uma psicopatologia do corpo. Campinas: Papirus; 1988.

